

平成 26 年度 調査・研究事業

介護ビジネス経営に関する

実践的診断・支援マニュアルの研究開発

報告書

平成 27 年 2 月

一般社団法人 中小企業診断協会

はじめに

少子高齢化が進んでいる。平成9年に介護保険法が制定され17年の年月を経た。その間3度にわたる法改正があり、今年も改正が予定されている。介護関連の事業者数もここ10年でかなりの増加を見ているものの、介護保険によるサービスは人手の割に報酬体系が低く、保険外サービスをプラスしなければ事業としての収益性を保持することが困難になる。経営上の問題を抱えている事業者も多く、サービス収益の改善や業務運営の改善など経営改善が必要となっている。

介護事業者は、健全な経営を行うことでシニア層の生活を支えることにより、結果として社会に対して貢献している。しかしながら、老人介護に情熱を燃やして介護ビジネスを立ち上げたものの、経営管理がうまく出来ずに経営の維持が困難になっている事業所も存在する。それでは当初の意に反して社会への貢献が十分にできていないことになってしまう。介護ビジネスといえども、利用者の方々に喜ばれるだけでなく、政治環境や経済環境、社会環境の変化の中で継続・発展していったこそ真の社会貢献に結び付くのである。

こうしたことから、今後中小企業診断士に対する介護ビジネスからの経営支援ニーズは高まるものと予想される。本調査研究事業においては、介護ビジネスに関する基礎知識から介護に関する問題、介護ビジネスの課題、中小企業診断士が現場で使える「診断・支援マニュアル」の研究開発を行った。事例や研究成果が不十分ながらも企業経営や医療経営を参考にしながらまとめた。

今後介護ビジネスに携わるであろう、中小企業診断士の皆様に少しでもお役にたてられれば幸いである。

平成27年2月

一般社団法人福井県中小企業診断士協会
調査研究委員長 竹川 充

目 次

はじめに

第1章 介護ビジネスの基礎知識 1 ページ

第2章 介護ビジネスの現状 11 ページ

第3章 介護ビジネス経営における課題 26 ページ

第4章 介護ビジネス経営診断マニュアル 49 ページ

第5章 介護ビジネス経営支援に求められる中小企業診断士の役割 69 ページ

おわりに 79 ページ

< 参考資料 > 80 ページ

1. 予備診断調査票

2. 介護ビジネス経営診断チェックリスト

参考資料・文献一覧 82 ページ

執筆者紹介

第1章 介護ビジネスの基礎知識

1. 少子高齢化の進展と介護

(1) 少子高齢化の進展

日本では、諸外国に例をみないスピードで高齢化が進んでいる。厚生労働省の統計によると、65歳以上の人口割合が7%に達したのは1970年である。1994年には14%に達したので、その間に要したのは24年である。海外に目を向けると、ドイツでは1932年に65歳以上の人口割合が7%に達していたが、14%に達したのは1972年で、その間40年かかっている。

日本が最も高齢化のスピードが速いわけだが、2番目に速いといわれる中国は2001年に7%、2026年に14%に達すると推計されている。その間は25年である。

また、日本では少子化の進行も著しい。1965年には、65歳以上1人に対して、20～64歳は9.1人の割合で「胴上げ型」の社会構成だったが、2012年には同割合は2.4人となり「騎馬戦型」となった。さらに、2050年には少子化が進み、同割合は1.2人、「肩車型」社会の到来となる。

そのような急速な人口構造の変化に伴い、様々な社会的課題が生じているが、その代表に「介護」の問題がある。

国	65歳以上人口割合(到達年次)			到達に必要な年数
	7%	14%	21%	7%→14%
日本	1970	1994	2007	24
中国	2001	2026	2038	25
ドイツ	1932	1972	2016	40
イギリス	1929	1975	2029	46
アメリカ	1942	2015	2050	73
スウェーデン	1887	1972	2020	85
フランス	1864	1979	2023	115

図表 1-1 高齢化の進展に関する国際比較

～わが国では、諸外国に例をみないスピードで高齢化が進展している 厚生労働省ホームページより

(2) 各国の介護事情

日本では超少子高齢化社会に突入しているが、日本よりも一足早く介護保険制度を導入したのが、ドイツである。ドイツでは、1994年4月に「要介護のリスクの社会的保護に関する法律老人長期療養保険法」を制定している。

欧米諸国での介護保障システムは、イギリスやスウェーデン、ノルウェーなどの北欧諸国は、税を

財源とする社会扶助方式を採用している。一方、ドイツ、日本、韓国は社会保険方式を導入しており、医療保険とは独立した介護保険制度を持っている。

欧米諸国では、ゆっくりと高齢化が進んだのに対し、東アジア諸国の高齢化は2020年代から急速に進むことが予測されている。中国、韓国をはじめとする東アジア諸国にとっても高齢者介護問題への対応は急務となっている。

アジア諸国では、もともと家族扶養の伝統があって、高齢者介護も家族機能に依存してきた。しかし、先に述べたように中国でも高齢化が進み、人口約13億人で少なくとも約1億人が高齢者といわれる。台湾では、日本・韓国の介護保険制度を参考に介護保険制度の導入が本格化している。

(3) “介護”が社会問題になった背景

高齢にともなう健康状態の変化

寿命が延びるのは幸せなことであるが、一方で、高齢になると病気がちになる割合が増え、健康状態に問題を抱える人が多くなる。厚生労働省の調査では、平均寿命と健康寿命の差は、男性で約9年、女性で約13年となっている。その期間、何らかの介護が必要になると予想される。

核家族化、独居化の進展

戦前までは、日本では3世代、4世代同居は当たり前だったが、戦後、夫婦とその子供だけで暮らす核家族化が進んだ。それに従い、高齢者だけで暮らす世帯が増加、65歳以上の高齢者の子どもとの同居率は1986年には56%だったが、2010年には35%に減少している。さらに、子どもと同居していない世帯の内訳は夫婦のみの世帯は30%、一人で暮らしている世帯は24%となっている。国民生活基礎調査 2010年 厚生労働省

「老老介護」が社会問題に

高齢者夫婦のみの世帯や高齢者単独世帯では、家族内に介護をしてくれる人がいないか、高齢の配偶者が介護を担うということになる。高齢者が高齢者を介護する「老老介護」は、介護する側もいつ病気になるかわからないという大変不安定なものとなる。体のみならず精神的な負担も大きい。

「シングル介護」の顕在化

シングルとは、非婚者とも呼ばれ、晩婚化に伴い男女とも増加している。その親の健在なときは介護の必要はないが、親の一方に介護が必要になる場合、もしくは両方に介護が必要になる場合もある。非婚者の場合、外部からの援助も得られにくく、子どもである自身が介護を担うことになる。介護のため、退職や転職、休職を余儀なくされる人が増加している。

「シングル介護」とは、2008年10月10日放送のNHK番組「特報首都圏」で使われた言葉である。その番組によると、総務省調べのデータとして、親の看護や介護を理由として転職や離職した者の数が2003年から2005年は年間10万人前後で推移していたが、2006年になっていきなり14万人（約144,800人）を超え、その中でシングル介護する未婚者の存在が顕在化した。

このように介護のために職を離れることは、個人の生活にとってマイナスであるだけでなく、社会全体にとっても大きな損失である。

認知症が社会問題に

高齢化の進行に伴う大きな問題に、認知症高齢者の増加がある。厚生労働省によると日本における認知症高齢者の将来推計は 2015 年には 250 万人であるのに対し、2040 年には 385 万人に上るといわれ、65 歳以上人口の約 1 割にあたる。

2. 介護とは

ここでもう一度、「介護」とは何か、考えてみたい。

介護とは、高齢や障害等の理由により、単独で食事や排泄・入浴などの生活行動を起こせない人々に対して世話をすることである。

誰しも、介護される事態は望まない。できることなら、「ピンピン、ころり」がよい。しかし、前述した内容からも、介護する側、される側になる可能性は誰にもあり、避けては通れない道であるといえる。

厚生労働省の高齢者介護研究会では、「2015 年の高齢者介護～高齢者の尊厳を支えるケアの確立に向けて～」という報告をしている。その中で、高齢者介護の課題として、「人生の最期まで、個人として尊重され、その人らしく暮らしていくことは誰もが望むものである。このことは、介護が必要になった場合でも同じであり、また仮に、痴呆の状態になったとしても、個人として尊重されたい、理解されたいという思いは同じである。」と述べている。

そして、「介護保険は、高齢者が介護を必要とすることとなっても、自分の持てる力を活用して自立して生活することを支援する『自立支援』を目指すものであるが、その根底にあるのは『尊厳の保持』である。」との記述がある。

「尊厳の保持」という視点は、介護において、忘れてはならないと再認識させられる文章である。

3. 介護保険制度について

(1) “介護” を社会全体で支えていくために、2000 年 4 月に介護保険がスタートした。

1999 年以前の老人福祉制度と老人医療制度の間には、十分な連携がなかった。そのため、同じような介護が必要でも制度が違えば別々のサービスを受けることになり、手続きや利用者負担についても不合理な格差が生まれるなど、利用者にとって不便なものとなっていた。

そこで、深刻化する介護の問題を解決すべく、医療、保健、福祉の各分野に分かれていた各制度を組み立て直した、「利用者本位の新しい制度」として介護保険法が制定され、2000 年 4 月に介護保険がスタートしたのである。

介護保険では、介護費用の増大が見込まれることから、財源を公費だけでなく保険料によってもま

かなう「社会保険方式」とすることになった。社会保険方式とは、国民のうち一定の条件にあてはまる人はすべて被保険者となって保険料を支払い、必要となった場合には保険給付を受け取ることのできる制度である。社会保険方式のメリットとしては、財源が確保できる、利用に抵抗が少ない、応益負担であることがあげられる。

(2)介護保険の目的

介護保険の目的が、介護保険法第1条にある。

「(介護が必要な)これらの者が尊厳を保持し、その有する能力に応じ自立した日常生活を営むことができるよう、必要な保健医療サービス及び福祉サービスに係る給付を行うため、国民の共同連帯の理念に基づき介護保険制度を設け、その行う保険給付等に関して必要な事項を定め、もって国民の保健医療の向上及び福祉の増進を図ることを目的とする。」

(3)介護保険の特徴

介護保険の特徴として、以下のことがあげられる。

利用者本位

高齢者が自らの意思により、利用するサービスを自由に選択できるシステムであること。

サービスの一元化

各制度にまたがっていた介護サービスを一元化するものである。医療、保健、福祉の各分野に分かれていたサービスを総合的に提供されることとなる。

ケアマネジメント

を実現するために、ケアマネジャー(介護支援専門員)によるケアマネジメント(介護支援サービス)の利用が基本となる。

民間活力の活用

民間の多様な事業者や施設のサービス提供により、利用者はサービスをより自由に選択できる。(ただしそこには自己責任がともなう。事業者や施設と、利用者の中に「情報の非対称性」が存在しないことが大切になる。)

在宅介護の重視

高齢者が住み慣れた家庭や地域での自立した生活を希望する場合には、在宅でサービスが利用できる仕組みを目指している。

(4)介護サービスを利用するには

介護保険を運営するのは市町村である

介護保険における保険者は「市町村」である。被保険者は、40歳以上の国民である。40歳にな

ると国民は介護保険に加入して被保険者となるわけである。

市町村は被保険者から保険料を徴収してそれを財源に事業を運営し、被保険者に介護が必要になった場合に介護サービス（保険給付）を提供する。

被保険者は２種類

被保険者は年齢によって２種類に分けられる。

a．第１号被保険者……市町村内に住所を持つ 65 歳以上の者

b．第２号被保険者……市町村内に住所を持つ 40 歳以上 65 歳未満の医療保険加入者

市町村内に住所を持つということは、市町村の住民基本台帳上の住所を持つということになる。

第１号被保険者と第２号被保険者の大きな違いは、第２号被保険者は介護が必要となった原因が、老化との間に医学的関係が認められる「特定疾病」の場合だけ、介護保険のサービスが受けられるという点である。

介護保険サービスを利用する場合の手続きの流れ

a. 要介護認定の申請をする（申請主義）

被保険者は、まず、市町村に要介護認定の申請を行い、原則として要介護・要支援認定を受けなければサービスを利用することができない。

b. 要介護認定を受ける

要介護認定申請を受理した市町村は、訪問調査員を派遣して調査を行い、30 日以内に要介護度別に要介護認定を行い通知する。受けられるサービスの上限は要介護度別に決められている。

c. ケアマネジャーがケアプランをつくる

要介護者が介護を受ける場合は、どのようなサービスを利用するかを決めるため、ケアプランの作成を居宅介護支援事業者（のケアマネジャー）に依頼するとともに、その旨を市町村に届け出る。ケアプランは自分で作成することもできるが、その場合はケアプランを市町村に届け出る。

施設でサービスを受ける場合は、入所する施設を決めて、サービスを受ける。要支援者は、地域包括センターの保健師などにケアプランをつくってもらう。

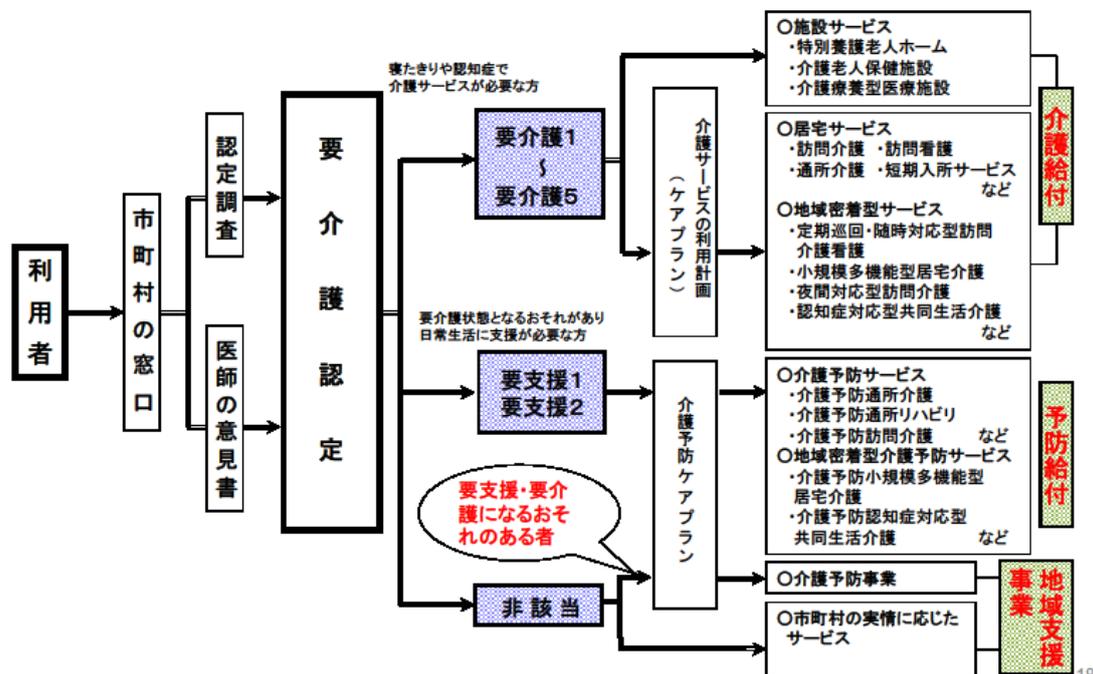
d. サービス事業者が介護サービスを提供する

サービス事業者が訪問介護やデイサービス、リハビリテーションなどの介護サービスを提供する。

e. 利用者はサービスの 1 割を負担する

サービス事業者は、費用の 1 割を利用者に、9 割を国保連に請求する。国保連はそれを審査して事業者を支払い、その金額を市町村から受け取る。

介護サービスの利用の手続き



図表 1-2 介護サービスの利用手続き

厚生労働省ホームページより

(5) 要支援と要介護

要介護認定の申請を行い、要介護認定を受ける手順は前述のとおりであるが、要介護認定には一定の有効期間がある。

新規認定の場合、認定有効期間は原則 6 カ月だが、介護認定審査会の意見にもとづいて特に必要と認められる場合は、3～5 カ月の範囲内の期間とできる。

一方、更新認定の有効期間は原則 12 カ月だが、同様に認定審査会の意見にもとづいての要介護認定の更新の場合は 3～24 カ月、要支援認定の更新の場合は 3～11 カ月の範囲内の期間とできる。

要介護の区分と内容は次の表のとおりである。

要支援 1	予防給付	日常生活を営むのに支障があると見込まれる状態
要支援 2		常時介護が見込まれるが、介護予防に特に役立つ支援を要する状態

要介護 1	介 護 給 付	部分的な介護を要する状態 立ち上がりや歩行などが不安定。身だしなみなどの身の回りの世話を介護が必要。
要介護 2		軽度の介護を要する状態 立ち上がりや歩行などが自力では困難。排せつ・洗身などで一部または全体の介助が必要。
要介護 3		中程度の介護を要する状態 立ち上がりや歩行などが自力ではできない。排せつ・洗身・衣類の着脱などで全体の介助が必要。
要介護 4		重度の介護を要する状態 排せつ・洗身・衣類の着脱などで、日常生活の全面的介助が必要。
要介護 5		最重度の介護を要する状態 意思の伝達が困難。生活全般について全面的介助が必要。

図表 1-3 要介護度の区分と内容

厚生労働省ホームページより

(6) 要介護度によって決まる保険給付の上限

要介護・要支援状態区分に応じて支給限度額(介護保険から給付される上限額)が定められている。この範囲内でサービスを利用したときの利用者負担は1割だが、超えてサービスを利用する場合、超えた分が全額(10割)自己負担となる。

	支給限度額	受給者1人当たり平均費用額	支給限度額に占める割合
要支援 1	49,700(円)	23,240(円)	46.8%
要支援 2	104,000(円)	42,020(円)	40.4%
要介護 1	165,800(円)	74,240(円)	44.8%
要介護 2	194,800(円)	101,680(円)	52.2%
要介護 3	267,500(円)	151,180(円)	56.5%
要介護 4	306,000(円)	184,380(円)	60.3%
要介護 5	358,300(円)	225,220(円)	62.9%

図表 1-4 区分支給限度額基準 ~要介護度別の支給限度額と平均的な利用率~

厚生労働省ホームページより

(7) ケアマネジメントについて

介護保険では、介護支援サービスがシステムとして採用されている。介護支援サービス(ケアマネジメント)とは、サービスを提供する側が利用者の立場に立ってそのニーズを的確に把握したうえで、ケアプランを作成しそれを実行することである。

要介護者に介護支援サービスを提供する機関が居宅介護支援事業者で、介護支援サービスを提供す

る人がケアマネジャー（介護支援専門員）である。ケアマネジャーは、介護保険の要の役割を果たすといえる。介護サービスの種類は多く、費用の計算方法も様々である。利用者はどのようなサービスをどのように組み合わせるといくらになるか、サービスを提供する事業者がどこにいるかといった情報をもっていない。そこで、ケアマネジャーは一人ひとりの利用者のニーズに応じて、支給限度額を超えないようにケアプランを作成し、提案する。また、スムーズにサービスの提供が行われるようにサービス事業者に連絡や調整を行ったり、そのサービスが適切に行われているか定期的に見直したりするモニタリングを行う。サービスが提供された後、かかった費用や利用者の負担額を算定する給付管理業務も行う。

介護保険では、ケアマネジャーを利用者が自分で選んで契約を交わすことになっている。ケアマネジャーの費用も介護保険から給付されるが、1割負担がない（10割保険から出る）のもポイントである。

4.介護サービスの種類

(1)市町村が指定・監督を行うサービス

介護給付を行うサービス
a.地域密着型サービス
定期巡回・随時対応型訪問介護看護
夜間対応型訪問介護
認知症対応型通所介護
小規模多機能型居宅介護
認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
地域密着型特定施設入居者生活介護
地域密着型介護老人福祉施設入居者生活介護
複合型サービス
予防給付を行うサービス
a. 地域密着型介護予防サービス
介護予防認知症対応型通所介護
介護予防小規模多機能型居宅介護
介護予防認知症対応型共同生活介護（グループホーム）
b.介護予防支援

(2)都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス

介護給付を行うサービス
a.居宅サービス
訪問介護（ホームヘルプサービス）
訪問入浴介護
訪問看護
訪問リハビリテーション
居宅療養管理指導
通所介護（デイサービス）
通所リハビリテーション
短期入所者生活介護（ショートステイ）
短期入所療養介護
特定施設入居者生活介護
特定福祉用具販売
福祉用具貸与
b.居宅介護支援
c.施設サービス
介護老人福祉施設
介護老人保健施設
介護療養型医療施設
予防給付を行うサービス
a.介護予防サービス
介護予防訪問介護（ホームヘルプサービス）
介護予防訪問入浴介護
介護予防訪問看護
介護予防訪問リハビリテーション
介護予防居宅療養管理指導
介護予防通所介護（デイサービス）
介護予防通所リハビリテーション
介護予防短期入所生活介護（ショートステイ）
介護予防短期入所療養介護
介護予防特定施設入居者生活介護

特定介護予防福祉用具販売
介護予防福祉用具貸与

参考文献：平成 25 年版介護白書（T A C 出版）

最新介護保険の基本と仕組みがよ～くわかる本（秀和システム）

介護ビジネスの動向とカラクリがよ～くわかる本（秀和システム）

第2章 介護ビジネスの現状

1. 急速に進む高齢化

(1) 高齢者人口の推移

我が国の人口に占める高齢者数の推移をみると、1975年に887万人だった65歳以上人口は2013年に3,186万人と約3.6倍に増加している（図表2-1）。

前年（3,074万人、24.1%）と比べると、112万人、0.9ポイント増と大きく増加しており、これはいわゆる「団塊の世代」（昭和22年～24年の第一次ベビーブーム期に出生した世代）のうち、昭和23年生まれが、新たに65歳に達したことによるものと考えられる。

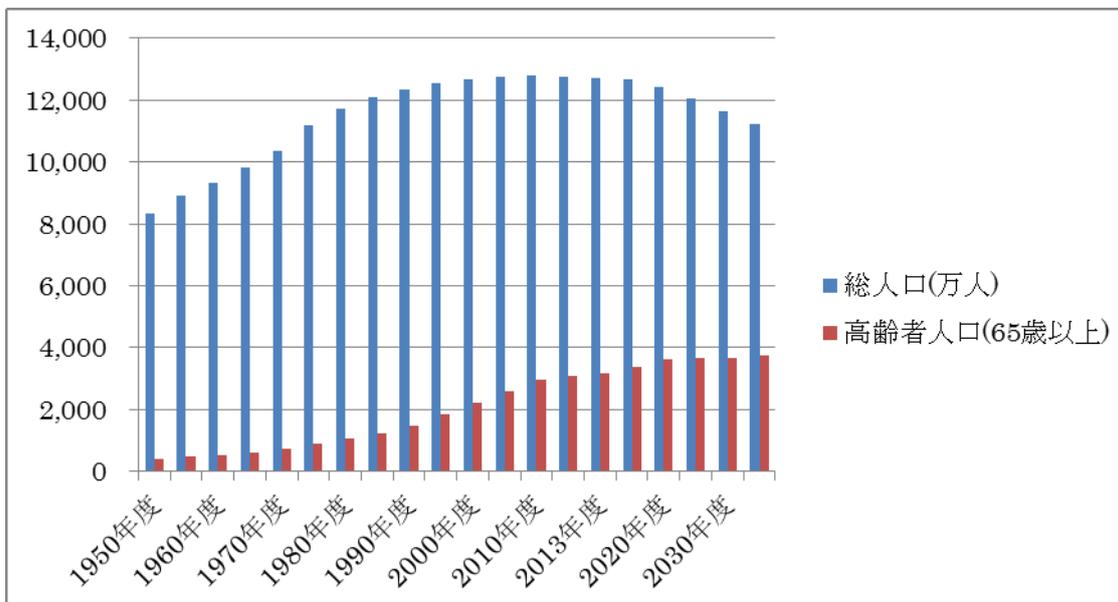
男女別にみると、男性は1,369万人（男性人口の22.1%）、女性は1,818万人（女性人口の27.8%）と、女性が男性より449万人多くなっている。

年齢階級別にみると、70歳以上人口は2,317万人（総人口の18.2%）で、前年と比べ61万人、0.5ポイント増、75歳以上人口は1,560万人（同12.3%）で、43万人、0.4ポイント増、80歳以上人口は930万人（同7.3%）で、38万人、0.3ポイント増となっている。

高齢者人口の総人口に占める割合は、昭和60年に10%を超え、20年後の平成17年には20%を超え、その8年後の平成25年に25.0%となり、初めて4人に1人が高齢者となった。

国立社会保障・人口問題研究所の推計によると、この割合は今後も上昇を続け、平成47年には33.4%となり、3人に1人が高齢者になると見込まれている。

今後も高齢者数は増加が続き、平成47年（2035年）には3,741万人に達するとみられる。



図表 2-1 総人口と高齢者人口の推移

総人口は減少し、高齢者人口は増加している。

年次	総人口 (万人)	高齢者人口(万人)				総人口に占める割合(%)			
		65歳以上	70歳以上	75歳以上	80歳以上	65歳以上	70歳以上	75歳以上	80歳以上
昭和25年(1950)	8320	411	234	106	37	4.9	2.8	1.3	0.4
30年(1955)	8928	475	278	139	51	5.3	3.1	1.6	0.6
35年(1960)	9342	535	319	163	67	5.7	3.4	1.7	0.7
40年(1965)	9827	618	362	187	78	6.3	3.7	1.9	0.8
45年(1970)	10372	733	435	221	95	7.1	4.2	2.1	0.9
50年(1975)	11194	887	542	284	120	7.9	4.8	2.5	1.1
55年(1980)	11706	1065	669	366	162	9.1	5.7	3.1	1.4
60年(1985)	12105	1247	828	471	222	10.3	6.8	3.9	1.8
平成 2年(1990)	12361	1493	981	599	296	12.1	7.9	4.8	2.4
7年(1995)	12557	1828	1187	718	388	14.6	9.5	5.7	3.1
12年(2000)	12693	2204	1492	901	486	17.4	11.8	7.1	3.8
17年(2005)	12777	2576	1830	1164	636	20.2	14.3	9.1	5.0
22年(2010)	12806	2948	2121	1419	820	23.0	16.6	11.1	6.4
24年(2012)	12750	3074	2256	1517	892	24.1	17.7	11.9	7.0
25年(2013)	12726	3186	2317	1560	930	25.0	18.2	12.3	7.3
平成27年(2015)	12660	3395	2424	1646	1013	26.8	19.1	13.0	8.0
32年(2020)	12410	3612	2797	1879	1173	29.1	22.5	15.1	9.5
37年(2025)	12066	3657	2950	2179	1339	30.3	24.4	18.1	11.1
42年(2030)	11662	3685	2949	2278	1571	31.6	25.3	19.5	13.5
47年(2035)	11212	3741	2945	2245	1627	33.4	26.3	20.0	14.5

資料:昭和25年～平成22年は「国勢調査」、平成24年及び25年は「人口推計」
平成27年以降は(日本の将来推計人口(平成24年1月推計)出生(中位)死亡(中位)推計(国立社会保障・人口問題研究所)から作成
注1)平成24年及び25年は9月15日現在、その他の年は10月1日現在
2)国勢調査による人口及び割合は、年齢不詳をあん分した結果
3)昭和45年までは沖縄県を含まない。

図表 2-2 高齢者人口及び割合の推移

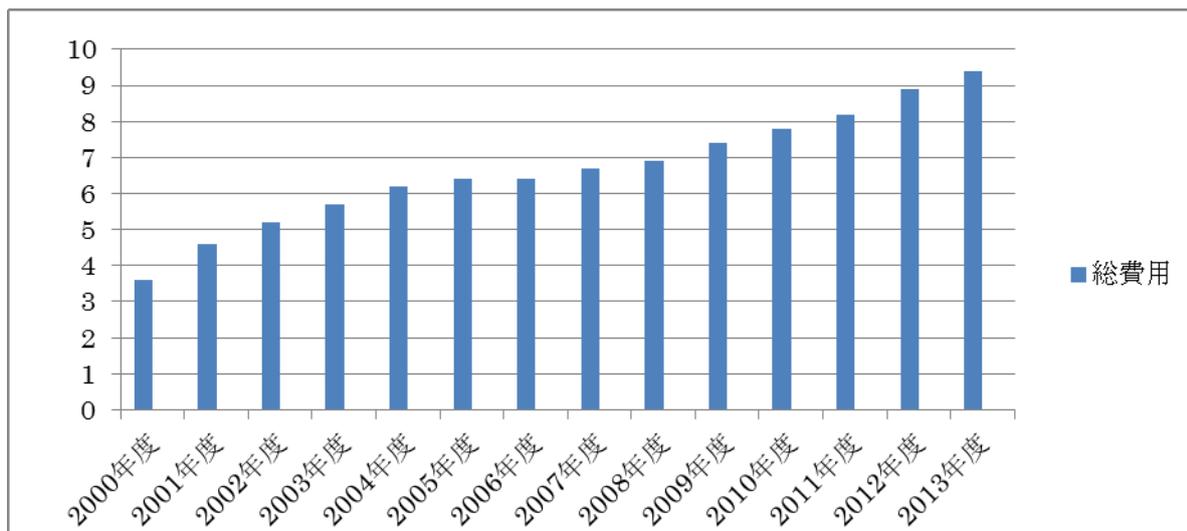
2. 16年目を迎えた介護保険制度

2000年にスタートした介護保険制度は今年で16年目を迎えた。この間、介護サービスを提供する事業者数は増加し、サービスの種類も多様化が進むなど、保険制度は介護における中心的な役割を担ってきた。一方で事業所における人手不足や施設の入所待ち、増加を続ける介護給付費などの問題から制度の持続可能性に対する懸念も指摘され、今後克服すべき課題は多い。

換言すれば、1950年以降、65歳以上の高齢者は堅調に増加しており、医療・介護サービスの需要は高まりをみせているが、生産年齢人口はすでに減少に転じているほか、国や自治体の社会保障関係費は増大していることから、社会保険に依拠するサービス提供にかかる報酬には抑制圧力がかけやすい。

3. 介護サービス市場の規模

介護保険の費用総額の推移から見る市場規模の拡大は、図表 2-3 から、年々増加していることが分かる。具体的には、2000年度の3.6兆円から2014年度の10兆円へ、約3倍に拡大している。参考値として、2010年度の国民医療費は37.4兆円であり、そのうち65歳以上の医療費は20.7兆円で、55%以上を占めている。



図表 2-3 介護保険総費用の推移

4. 介護サービス市場の特徴

(1) 日本の介護保険制度の特徴

日本の介護保険制度の特徴は、第一に在宅サービス部門には株式会社等の営利企業の参入が認められており、これまでサービスを供給していた社会福祉法人等の非営利企業との競争が始まったことがある。

第二に、費用の9割が保険から給付されるという「利用者補助方式」であり、イギリスのような公的部門による「サービス購入方式」ではない。

第三に、介護保険の導入のためにケアマネジャーという新たな職種が生まれ、サービスの利用にあたってはケアプランの作成が義務づけられたことがあげられる。

(2) 介護サービス市場の管理

まず、サービスの価格（介護報酬単価）は国が決定する公定価格であり、3年ごとに改定される。報酬の体系は2015年度から引き下げられることになり、サービス低下を懸念する声がある。

また、介護保険料は、市町村が3年ごとに作成する介護保険事業計画にもとづき決定されている。したがって、介護保険財政においても収支均衡が求められており、介護サービス市場の拡大は、介護保険財政に制約される結果になる。

更には、在宅サービス事業者の登録は都道府県知事による指定であるため参入障壁は低く、先に述べたように異業種からの参入も増加している。

しかしながら、施設サービス事業者は非営利法人に限られ、施設定員（サービス供給量）は都道府県介護保険事業支援計画にもとづき圏域ごとに決定される。

5 . 介護事業経営の現状 平成 25 年度介護事業経営概況調査結果

サービスの種類は、18 () に分けられるが、調査客体 (施設・事業所) 数が 1,000 を超える 6 サービスについて掲載する。

18 の介護サービス種類

- | | | | |
|-------------------|----|-----------------------|----|
| 1 . 介護老人福祉施設 | 資料 | 10 . 通所介護 | 資料 |
| 2 . 地域密着型介護老人福祉施設 | | 11 . 認知症対応型通所介護 | |
| 3 . 介護老人保健施設 | 資料 | 12 . 通所リハビリテーション | |
| 4 . 介護療養型医療施設 | | 13 . 短期入所生活介護 | |
| 5 . 認知症対応型共同生活介護 | 資料 | 14 . 居宅介護支援 | 資料 |
| 6 . 訪問介護 | 資料 | 15 . 福祉用具貸与 | |
| 7 . 訪問入浴介護 | | 16 . 小規模多機能型居宅介護 | |
| 8 . 訪問看護 | | 17 . 特定施設入居者生活介護 | |
| 9 . 訪問リハビリテーション | | 18 . 地域密着型特定施設入居者生活介護 | |

資料 介護老人福祉施設 調査客体数 1,734 有効回答数 938 単位：千円

・平成 19 年度に比べると施設数が急増している。収支差引は若干上向いてきている。

		平成 19 年度	平成 22 年度	平成 25 年度
介護事業収益	(1) 介護料収入	24,617	25,092	21,232
	(2) 保険外の利用料	4,890		3,828
	(3) その他	1,986	1,610	1,038
介護事業費用	(1) 給与費	18,395	14,465	15,041
	(2) 減価償却費	2,941	2,306	2,033
	(3) その他	8,667	6,567	6,797
介護事業外収		184	112	46
介護事業外費		296	257	208
特別損		38	145	160
収		30,326	25,613	25,262
支		28,987	22,541	23,358
差		1,339	3,073	1,904
法人税		-	-	-
法人税等差		-	-	1,904
施設		126	1,017	938

単位：千円

平均定員		89.9	70.5	71.4
延べ利用者数		2,628.80	2,059.10	2,182.10
常勤換算職員数		55.9	46.4	46.8
看護介護職員常		43.3	35.2	35.6
利用者1人当たり		11,536	12,439	11,537
利用者1人当たり		11,027	10,947	10,705
常勤換算職員1人		332,954	311,915	337,018
看護介護職員常		312,904	295,132	318,797
常勤換算職員1人		1.6	1.5	1.5
看護介護職員常		2	2	2

資料 介護老人保健施設

調査客体数 1,122 有効回答数 720

単位：千円

・平成19年度に比べると施設数が急増している。収支差引は上向いてきている。

		平成19年度	平成22年度	平成25年度
介護事業収益	(1)介護料収入	31,348	35,284	28,878
	(2)保険外の利用料	7,562		5,049
	(3)その他	-1	82	-27
介護事業費用	(1)給与費	20,652	18,649	18,750
	(2)減価償却費	2,761	2,239	1,769
	(3)その他	12,865	10,816	10,709
介護事業外収益		-	0	-
介護事業外費用		967	888	385
特別損失		-	-	-
収入		38,909	35,366	33,900
支出		37,244	32,592	31,613
差引		1,664	2,775	2,287
法人税等		-	-	385
法人税等差引		-	-	1,902
施設数		91	513	720

単位：人・円

平均定員	107.9	91.1	91
延べ利用者数	3,056.40	2,499.70	2,606.40
常勤換算職員数	60.1	56.8	54.4
看護介護職員常勤換算数	46.4	42.5	40
利用者1人当たり収入	12,730	14,148	13,007
利用者1人当たり支出	12,186	13,038	12,129
常勤換算職員1人当たり給与	345,829	328,241	360,950
看護介護職員常勤換算1人当たり給与	315,562	299,875	329,800
常勤換算職員1人当たり利用者数	1.7	1.6	1.7
看護介護職員常勤換算1人当たり利用者数	2.2	2.1	2.3

資料 認知症対応型共同生活介護 調査客体数 1,128 有効回答数 521 単位：千円

・平成19年度に比べると施設数が急増している。収支差引は若干上向いてきている。

	平成19年度	平成22年度	平成25年度	
介護事業収益	(1)介護料収入	3,792	4,287	4,240
	(2)保険外の利用料	1,136	1,320	1,229
	(3)その他	0	120	47
介護事業費用	(1)給与費	2,927	2,979	3,306
	(2)減価償却費	258	290	261
	(3)その他	1,253	1,493	1,358
介護事業外収益	0	7	15	
介護事業外費用	56	62	45	
特別損失	53	74	118	
収入	4,926	5,697	5,495	
支出	4,545	4,861	5,052	
差引	381	836	443	
法人税等	-	-	38	
法人税等差引	-	-	406	
施設数	65	498	521	

単位：千円

平均定員	15.2	14.7	14.8
延べ利用者数	411.1	464.3	452.4
常勤換算職員数	11.8	12.4	13.9
看護介護職員常勤換算数	10.8	11	12.5
利用者1人当たり収入	11,983	12,270	12,151
利用者1人当たり支出	11,055	10,469	11,171
常勤換算職員1人当たり給与	243,550	240,277	241,215
看護介護職員常勤換算1人当たり給与	233,904	227,834	231,948
常勤換算職員1人当たり利用者数	1.2	1.2	1.1
看護介護職員常勤換算1人当たり利用者数	1.3	1.3	1.2

- ・平成19年度に比べて施設数が急増している。
- ・1施設当たり常勤換算職員数は減少している。収支差引は若干下向いてきている。

	平成19年度	平成22年度	平成25年度	
介護事業収益	(1)介護料収入	3,387	2,652	2,537
	(2)保険外の利用料	1	51	54
	(3)その他	3	-11	7
介護事業費用	(1)給与費	2,803	1,899	2,018
	(2)減価償却費	52	24	29
	(3)その他	392	623	437
介護事業外収益	0	4	6	
介護事業外費用	3	21	6	
特別損失	29	40	19	
収 入	3,387	2,693	2,603	
支 出	3,276	2,607	2,508	
差 引	111	87	95	
法 人 税 等	-	-	18	
法 人 税 等 差 引	-	-	77	
施 設 数	224	444	584	

単位：千円

延べ訪問回数	955.2	654	693.8
常勤換算職員数	13.4	8.9	8.7
看護介護職員常勤換算数	12.3	7.9	7.9
訪問1回当たり収入	3,546	4,119	3,751
訪問1回当たり支出	3,430	3,986	3,615
常勤換算職員1人当たり給与	223,259	213,483	254,284
看護介護職員常勤換算1人当たり給与	221,060	204,121	250,920
常勤換算職員1人当たり訪問回数	-	-	79.7
看護介護職員常勤換算1人当たり訪問回数	77.9	82.5	87.7

・平成 19 年度に比べると施設数が約 10 倍になっている。収支差引は若干上向いてきている。

	平成 1 9 年度	平成 2 2 年度	平成 2 5 年度	
介護事業収益	(1)介護料収入	4,002	4,122	3,882
	(2)保険外の利用料	275	202	226
	(3)その他	69	88	53
介護事業費用	(1)給与費	2,750	2,343	2,549
	(2)減価償却費	230	231	159
	(3)その他	1,083	1,192	1,074
介護事業外収益	0	42	7	
介護事業外費用	25	82	16	
特別損失	16	1,192	14	
収 入	4,291	4,381	4,126	
支 出	4,049	3,813	3,771	
差 引	243	567	355	
法 人 税 等	-	-	15	
法 人 税 等 差 引	-	-	340	
施 設 数	97	686	837	

単位：千円

延べ利用者数	468.3	439.8	446.9
常勤換算職員数	10.6	9.7	10.8
看護介護職員常勤換算数	7.2	6.7	7
利用者1回当たり収入	9,163	9,960	9,232
利用者1回当たり支出	8,645	8,670	8,437
常勤換算職員1人当たり給与	246,358	239,750	239,462
看護介護職員常勤換算1人当たり給与	239,963	220,633	246,216
常勤換算職員1人当たり延べ利用者数	44.2	45.1	41.3
看護介護職員常勤換算1人当たり延べ利用者	65.2	65.4	64

- ・平成19年度に比べると施設数が約10倍になっている。
- ・収支差引は赤字額が若干減少している。

	平成19年度	平成22年度	平成25年度
介護事業収益			
(1)介護料収入	910	910	1,000
(2)保険外の利用料	-	-	-
(3)その他	13	6	5
介護事業費用			
(1)給与費	920	730	872
(2)減価償却費	23	26	15
(3)その他	116	140	130
介護事業外収益	0	1	1
介護事業外費用	3	48	1
特別損失	6	9	19
収 入	916	915	1,004
支 出	1,061	951	1,035
差 引	-145	-37	-31
法 人 税 等	-	-	5
法 人 税 等 差 引	-	-	-36
施 設 数	120	194	1,251

単位：千円

平均実利用者数	79.1	62.8	67.9
常勤換算職員数	3.4	2	2.7
介護支援専門員常勤換算数	3	1.9	2.5
実利用者1人当たり収入	11,580	14,567	14,776
実利用者1人当たり支出	13,414	15,149	15,236
常勤換算職員1人当たり給与	307,006	360,922	367,080
介護支援専門員常勤換算1人当たり給与	347,830	385,901	364,466
常勤換算職員1人当たり利用者数	23.4	31.6	25.3
介護支援専門員常勤換算1人当たり利用者数	26.6	33.8	27.1

6 . 介護サービス市場の問題点

ここまで介護サービス市場の現状を統計資料により見てきたが、ここではより定性的な問題点をあげてみる。

(1)介護保険施設指定取消処分

海保保険施設の指定取消処分の実態については、2011 年度取消処分のあった介護保険施設・事業所は 80 件、2000 年度からの累計では 960 件にのぼっている。また、介護給付費の返還額は 41 億 4,700 万円にのぼり、うち 37 億 7,800 万円は未済となっている。

(2)未届有料老人ホーム

未届有料老人ホームの実態については、全国に 639 施設が未届となっており、そのうち 629 施設を点検し、違反を把握したのが 386 施設 (61.4%) となっている。是正指導の結果、194 施設 (50.3%) は是正済みであるものの、192 施設 (49.7%) は是正がなされていない。

(3)介護人材の確保

介護に関わっている職員の数は、全国で 55 万人 (2000 年度) から 177 万人 (2013 年度) と増加している。今後もその数は増加が予想され、2025 年には、250 万人が必要と推計されており、深刻な人材不足がおこる (30 万人不足見込み)。

介護分野の有効求人倍率は、2014 年 11 月で 2.51 倍、全産業平均の 2 倍以上となっている。

(4)老人福祉事業者の倒産件数

2000 年～2013 年の倒産件数は全国で 210 件であり、2013 年は 46 件で最多となっている。その原因としては、市場競争による利用者の減少による経営悪化、低賃金に伴う人手不足や労働環境悪化など雇用問題の深刻化があげられている。

7. 介護労働の現状

(1)平成 25 年度実態調査の概要

平成 25 年度の介護労働実態調査によると、ここ 1 年間（平成 24 年 10 月 1 日から平成 25 年 9 月 30 日）の離職率は 16.6%となっている。また、採用率は 21.7%を示している（図表 2-4）。

次に、介護サービスに従事する従業員の過不足状況は、「不足感」が 56.5%となっている。その内訳では、「訪問介護員」が 73.6%と最も高く、「介護職員」51.4%、「看護職員」43.1%と続く（図表 2-5）。

また、不足している理由については、「採用が困難である」が 68.3%、次いで「事業を拡大したいが人材が確保できない」19.3%、「離職率が高い（定着率が低い）」17.5%となっている（図表 2-6）。

採用が困難である理由は、「賃金が低い」が 55.4%であり、次いで「仕事がつい」48.6%「社会的評価が低い」34.7%「休みがとりにくい」21.5%などが続いている（図表 2-7）。

労働者の平均年齢は全体 45.6 歳であり、うち訪問介護員は 51.9 歳、介護職員 42.3 歳となっている。他の職業に比較して年齢層は高い（図表 2-8）。

労働者の所定内賃金「月給の者」における平均賃金は 212,972 円であった。職種によってばらつきがあり、PT・OT・ST等の機能訓練指導員や看護職員は比較的高いが、訪問介護員の平均賃金は前者に比べて 10 万円近く低いものとなっている（図表 2-9）。

現在の仕事を選んだ理由については、「働きがいのある仕事だから」が 54.0%と最も高く、「今後もニーズが高まる仕事だから」36.9%、「資格・技能が活かせるから」36.9%、「人や社会の役に立ちたいから」33.6%が続いている（図表 2-10）。

最後に、労働条件等についての悩みや、不安、不満については、「人出が足りない」が 45.0%と最も高く、「仕事内容のわりに賃金が低い」43.6%、「有給休暇が取りにくい」34.5%、「身体的負担が大きい」31.3%と続いている（図表 2-11）。

		回答事業所数	採用率	離職率	増加率	離職者の内			
						者	1年未満の者	1年以上3	
2 職 種 計	(訪問介護員と介護職員)		6,392	21.7	16.6	5.1	39.2	34.0	
	就 業 形 態 別	正規職員	5,552	19.7	15.6	4.1	34.5	36.2	
		非正規職員計		4,683	23.9	17.6	6.2	43.5	32.0
		常勤労働者	2,489	31.2	22.1	9.1	46.1	29.7	
		短時間労働者	4,191	21.5	16.2	5.3	42.4	33.0	
職 種 別	訪問介護員		2,580	19.2	14.0	5.2	36.8	36.1	
	介護職員		4,799	22.7	17.7	5.1	39.9	33.4	

図表 2-4 訪問介護員・介護職員の1年間(H24.10.1～H25.9.30)の採用率・離職率(%)

(注) 2職種計の回答事業所数については、訪問介護員・介護職員の両者に回答があってもひとつの事業所数とカウントするので、職種別の項目の合計と一致しない。非正規職員計の回答事業所数も同様に、常勤労働者・短時間労働者の合計と一致しない。

	回答事業所数	当該職種のある事業所数	不足感(再)					
			大いに不足	不足	やや不足	適当	過剰	+ 掲 -) (+
全 体	7,808	6,108	5.7	19.8	31.0	43.0	0.5	56.5
訪問介護員	7,808	2,671	14.9	27.1	31.6	25.7	0.6	73.6
サービス提供責任者	7,808	2,237	3.8	9.5	13.5	71.8	1.5	26.8
介護職員	7,808	4,648	5.6	17.1	28.7	46.6	2.0	51.4
看護職員	7,808	3,991	7.4	13.5	22.2	55.7	1.3	43.1
生活相談員	7,808	3,258	1.0	3.8	12.0	82.2	1.0	16.8
P T・O T・S T等	7,808	1,444	2.6	8.7	19.9	67.8	1.0	31.2
介護支援専門員	7,808	3,635	2.0	5.5	15.5	75.6	1.3	23.0

図表 2-5 従業員の過不足の状況(%)

(注) P T・O T・S T等：PT(理学療法士)、OT(作業療法士)、ST(言語聴覚士)等の機能訓練指導員

「不足している」と回答した事業所数	3,454
採用が困難である	68.3
事業を拡大したいが人材が確保できない	19.3
離職率が高い(定着率が低い)	17.5
その他	7.2

図表 2-6 不足している理由(%)

(注)「不足している」と回答した事業所数 = 「大いに不足」 + 「不足」 + 「やや不足」

「採用が困難である」と回答した事業所数（注1）	2,360
賃金が低い	55.4
仕事がきつい（身体的・精神的）	48.6
社会的評価が低い	34.7
休みが取りにくい	21.5
雇用が不安定	18.1
キャリアアップの機会が不十分	8.5
夜勤が多い	8.1
労働時間が長い	6.2
その他	22.4
わからない	8.9

図表 2-7 採用が困難である理由（％）

	労働者個別人数(人)	平均年齢(歳)
全 体	76,866	45.6
訪問介護員	16,117	51.9
サービス提供責任者	2,756	47.2
介護職員	34,602	42.3
看護職員	7,629	48.5
介護支援専門員	2,483	47.7
生活介護員または支援介護員	3,489	41.3
PT・OT・ST等	1,501	37.6

図表 2-8 労働者の個別状況

	月給の者		日給の者		時間給の者	
	労働者個別	(平均賃金/月)	労働者個別(人)	(平均賃金/日)	労働者個別(人)	(平均賃金/時間)
全体	34,956	212,972	1,801	8,385	29,724	1,134
訪問介護員	2,011	188,208	207	8,984	10,647	1,269
サービス提供責任者	1,963	214,664	48	8,293	348	1,161
介護職員	18,355	194,709	1,120	7,822	11,911	924
看護職員	3,787	262,472	149	9,985	2,851	1,407
介護支援専門員	1,916	249,942	19	8,581	192	1,275
生活相談員または支援相談員	2,630	233,872	47	8,199	484	971
PT・OT・ST等	997	273,460	28	16,796	258	2,114

(注) 他の職種は省略。

事業所管理者(施設長)	5,475	352,197	-	-	-	-
-------------	-------	---------	---	---	---	---

(注) 「」印があるデータは、サンプル数(回答数)が少なく(30未満)参考値の位置付け。

図表 2-9 所定内賃金(月給の者)

	全体	正規職員	非正規職員
回答数	18,881人	12,768人	5,466人
働きがいのある仕事だと思ったから	54.0	55.2	51.7
今後もニーズが高まる仕事だから	36.9	38.6	34.0
資格・技能が活かせるから	36.9	36.2	38.8
人や社会の役に立ちたいから	33.6	34.3	32.3
お年寄りが好きだから	25.4	26.0	23.6
介護の知識や技能が身につくから	25.1	22.2	31.3
身近な人の介護の経験から	17.2	16.0	19.6
生きがい・社会参加のため	16.4	15.0	19.3
自分や家族の都合のよい時間(日)に働けるから	15.7	7.3	34.6
他により仕事がないため	10.9	10.7	11.4
給与等の収入が多いから	4.0	3.8	4.5
その他	4.6	3.8	4.5
特に理由はない	3.1	3.6	2.0

図表 2-10 現在の仕事を選んだ理由(複数回答)(%)

	全 体	訪 問 系	(入 施 所 設 型 系)	(訪 施 問 設 型 系)
回 答 数	18,881人	7,963人	4,608人	5,667人
人手が足りない	45	38.2	58.4	43.8
仕事内容のわりに賃金が低い	43.6	37.2	55.1	43.5
有給休暇が取りにくい	34.5	28.6	44.6	36.2
身体的負担が大きい(腰痛や体力に不安がある)	31.3	26.9	41.3	29.3
精神的にきつい	28.5	27.4	35.4	24.3
業務に対する社会的評価が低い	28.2	27.4	34	25.1
休憩が取りにくい	26.8	20.9	32.1	30.9
夜間や深夜時間帯に何か起きるのではないかと不安がある	21	13.9	45.6	10.9
健康面(感染症・怪我)の不安がある	14.4	13	17.9	13.5
労働時間が不規則である	13.4	13.6	19.7	8.2
福祉施設の不足、機器操作の不慣れ、施設の構造に不安がある	11.8	4.6	21.5	14.1
労働時間が長い	10.8	9.6	12.8	11.3
不払い残業がある・多い	9.2	6.4	12.4	10.7
労働条件・仕事の負担について特に悩み、不安・不満等は感じていない	9.2	11.7	3.8	9.9
職務として行う医的な行為に不安がある	8.9	5.9	16	7.5
雇用が不安定である	7.5	7.5	6.7	8.5
仕事上の怪我などへの補償がない	5.9	5.4	7.3	5.6
正規職員になれない	5.1	4.9	4.5	5.9
その他	3.5	3.4	3.5	3.5

図表 2-11 労働条件についての悩み、不安、不満等(複数回答) (%)

参考文献：総務省統計局資料

公正取引委員会競争政策研究センター B B L 報告

厚生労働省老健局資料

平成 27 年 1 月 16 日付朝刊各紙

(公財介護労働安定センター 平成 26 年 8 月 11 日発表資料

平成 25 年度 介護労働実態調査結果

第3章 介護ビジネスの経営課題

1. 法制度改正

2025年には団塊の世代が75歳以上となり、介護が必要な高齢者の数が急増するとみられ、これを「2025年問題」という。これに備えるべく国は介護保険法を改正、2014年6月には「医療介護総合確保推進法」を成立させた。介護保険は一部給付が縮小され、市区町村が行う地域支援事業の重要度が増すなど、大きな見直しが行われている。以下、主なものを見てみる。

(1) 介護報酬改定

介護報酬とは、介護保険制度に基づきサービスを提供した事業者に対して介護給付費単位数表に従って保険者から支払われる公定価格のことである。介護報酬は介護保険制度の根幹を成す制度であり、行政にとっては介護現場を利益誘導するために有効な手段であり、政策がもっとも明確な形で示されるものである。介護報酬は厚生労働省令によって3年ごとに改定され、その低さ故に介護職員の低い給与水準や高い離職率、人材不足が問題となっている。

反対に介護報酬の引き上げには歯止めがかかる仕組みになっている。介護保険制度では保険財政の2分の1を被保険者による保険料で賄うことになっているため、介護報酬の引き上げが被保険者の負担に直結する仕組みとなっており、これが介護報酬を安易に引き上げられない仕組みとして機能している。

介護の現場ではあまりに劣悪な労働条件に耐えかね、離職するワーカーが急増している。この問題もまた、社会全体が介護業界に投入する資金が不足していることから起きているのである。

個々の介護保険事業者の「経営努力」も望まれる。しかし、介護という身近で重要な課題を社会全体で担っていくための金銭的裏づけが、あまりにも貧弱なのが現在の状況なのである。このハンデを如何に克服するかが介護業界全体の課題である。

年度	介護報酬	診療報酬	介護報酬に関する備考
2000年	0.0%	0.2%	介護保険スタート
2002年		- 2.7%	
2003年	- 2.3%		
2004年		- 1.0%	
2006年	- 2.4%	- 3.16%	2005 年度の改定分を除くと-0.5%
2008年		- 0.82%	
2009年	3.0%		介護職員処遇改善交付金分を含めると5.0%
2010年		0.19%	
2012年	1.2%	0.004%	介護職員処遇改善交付金分を除くと実質-0.8%
2014年	0.63%		消費税増税分の調整
2015年	- 2.27%		

図表 3-1 介護報酬と診療報酬の推移（「介護報酬改定が介護保険事業所に与える影響について」より）

1 厚生労働統計協会編『国民の福祉と介護の動向・厚生指標 増刊・第59 巻第10 号』厚生労働統計協会、2012 年、147 頁および厚生労働省大臣官房統計情報部編「平成21 年度 国民医療費」、厚生労働省「平成24 年度診療報酬改定について」から作成。

2 診療報酬は薬価等を含めた数値である。

2012 年度の改定は1.2%のプラス改定と発表されているが、介護職員処遇改善交付金が介護職員処遇改善加算として介護報酬本体に組み入れられたため、この部分を含めると実質0.8%のマイナス改定となる。

これまでの介護報酬の傾向はマイナス改定が目立つが、2009 年度では大幅なプラス改定が行われている。2009 年度のプラス改定の中身を見ていくと、2009 年度の改定ではとりわけ医療分野に重点化されたものである。また、介護報酬は基本報酬と加算に分類されるが、2009 年度の改定では基本報酬のアップはなかった。介護報酬の動向が直接的影響を与えるのは、サービスを提供する介護保険事業者の運営である。大多数の事業者にとって収入源は介護報酬に限られる。介護報酬が引き上げられるとその分事業者は収入が増え、引き下げられると事業者の収入は減少する。介護報酬の動向が間接的に影響を受ける部分が事業者に雇用されている介護職員の処遇である。事業者は収入に応じて介護職員を雇用し、給与を設定する。

民間企業でも限りなく非営利に近い事業者から、一般企業と同様のスタンスで営業を行う事業者まで幅広く存在するため断定は出来ないが、民間企業の場合、社会福祉法人・医療法人・NPO法人と比べ介護報酬を引き上げてもそれが給与水準の引上げに連動しにくい。民間企業は運営費に占める給与費の割合が低く、その結果職員一人当たりの給与も他の法人に比べ低くなっている。例えば社会福

社協議会では運営費の86.8%が給与に使われているが、民間企業は66.1%と相当低く抑えられている。

介護事業所では利益を生み出すために経費を削ることができる部分は基本的には人件費しかない。

介護報酬を引き上げたとしても、その分を利益とされるか、少なくとも介護職員のベースアップには消極的な姿勢となり、たとえ給与として反映されたとしても「手当」として基本給からは切り離して臨時的に支給されるだけで、恒常的なものにはなりにくいと考えられる。

(2)2012年の制度変更

介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律の概要

高齢者が地域で自立した生活を営めるよう、医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが切れ目なく提供される「地域包括ケアシステム」の実現に向けた取り組みを進める。

1.医療と介護の連携の強化等

- (1) 医療、介護、予防、住まい、生活支援サービスが連携した要介護者等への包括的な支援（地域包括ケア）を推進。
- (2) 日常生活圏域ごとに地域ニーズや課題の把握を踏まえた介護保険事業計画を策定。
- (3) 単身・重度の要介護者等に対応できるよう、24時間対応の定期巡回・随時対応型サービスや複合型サービスを創設。
- (4) 保険者の判断による予防給付と生活支援サービスの総合的な実施を可能とする。
- (5) 介護療養病床の廃止期限（平成24年（2012年）3月末）を猶予。（新たな指定は行わない。）

2.介護人材の確保とサービスの質の向上

- (1) 介護福祉士や一定の教育を受けた介護職員等によるたんの吸引等の実施を可能とする。
- (2) 介護福祉士の資格取得方法の見直し（平成24年（2012年）4月実施予定）を延期。
- (3) 介護事業所における労働法規の遵守を徹底、事業所指定の欠格要件及び取消要件に労働基準法等違反者を追加。
- (4) 公表前の調査実施の義務付け廃止など介護サービス情報公表制度の見直しを実施。

3.高齢者の住まいの整備等

- (1) 有料老人ホーム等における前払金の返還に関する利用者保護規定を追加。
- (2) 社会医療法人による特別養護老人ホームの開設を可能とする。
厚生労働省と国土交通省の連携によるサービス付き高齢者向け住宅の供給を促進（高齢者住まい法の改正）

4.認知症対策の推進

- (1) 市民後見人の育成及び活用など、市町村における高齢者の権利擁護を推進。

(2) 市町村の介護保険事業計画において地域の実情に応じた認知症支援策を盛り込む。

5. 保険者による主体的な取組の推進

(1) 介護保険事業計画と医療サービス、住まいに関する計画との調和を確保。

(2) 地域密着型サービスについて、公募・選考による指定を可能とする。

6. 保険料の上昇の緩和

(1) 各都道府県の財政安定化基金を取り崩し、介護保険料の軽減等に活用。

1.(5)、2.(2)については、平成23年(2011年)6月22日施行、その他は平成24年(2012年)4月1日施行する。

厚生労働省「介護サービスの基盤強化のための介護保険法等の一部を改正する法律案の概要」より

改正介護保険法が2012年4月1日に施工され、なかでも診療報酬・介護報酬同時改定では、医療と介護の連携が大きなポイントになった。訪問介護と訪問看護を24時間体制で提供する「定期巡回・随時対応型訪問介護看護」や居宅系と地域密着型の複合型サービスが創設された。

法改正によって、民間企業と社会福祉法人・医療法人・NPO法人との競争が激化しているが非営利組織の対応が若干鈍い。その理由は、非営利組織は「福祉」の観点から組織活動を行っており、まだまだ営利を追求するための「経営」という概念が浸透、定着していない。施設ケアに比べて、在宅ケアの収益性が低いと考えられる。安定して高品質のサービスを提供するには「経営」という概念は必要である。

改正介護保険法のポイントで今回の目玉は、国および地方公共団体の責務として「地域包括ケア」の推進を明記したことである。これは被保険者に対し、a 介護、b 予防、c 日常生活支援、d 医療、e 住まい、の5つの視点による包括的支援、すなわち「地域包括ケア」を推進していく方針が示された。

地域包括ケアの実現に向け市町村が取り組みやすいように一定の見直しもなされている。まず、定期巡回・随時対応型訪問介護看護は、その普及促進を図るため、施設系・居住系以外の地域密着型サービスについて、公募・選考で市町村が事業者指定を行うことを可能とした。有効期間は6年以内で市町村が定めるものとし、公募の基準は省令で定めるとする。

専門職の多い医療分野に比べて介護・福祉分野は参入障壁も低く、株式会社をはじめ民間中心で、横だし・上乘せといった「混合介護」も在宅ケアでは認めているので、サービスの自由度は高い。国の目指す地域包括ケアの実現に向けて介護福祉分野について深い見識と理念を持ち、新しいアイデアとマネジメント力を備えて介護・福祉サービスの質と経営の質向上を担う経営者層の育成が求められる。

(3)2015 年の制度変更

今回の制度改正は、以下の大きく 3 点である。

要支援 1・2 の対象者について介護保険本体の給付（予防給付）から、訪問介護と通所介護を外し、対応するサービスについて地域支援事業を再編成するという、地域支援事業を再編成する。

個別のサービスでは、通所介護の機能の改革、特に定員 10 人以下の小規模型については、地域密着型サービスへ移行させ、今後新たな事業所開設については保険者の管理下に置く。

特別養護老人ホームの入所対象者を原則要介護 3 以上にすること。

これらの改正を実施するためには、区市町村、行政トップの力量・考え方が問われることになると考えられる。一所管課の対応を超えており、厚生労働省では、各局長を構成員とする局横断の検討会が立ち上げた。

要支援 1・2 の軽度者について、訪問介護・通所介護の予防給付の対象から除外した理由として、軽度者や生活支援サービスを地域の支えあいの中で受け止める仕組みを考えているためである。介護保険制度が発足する前には、住民参加型サービスや有償家事援助サービス団体があり、行政サービスの対象とならないサービスや時間帯にサービスを提供していた。

今回は、住民が主体となって地域で活動する団体やボランティア、そして NPO 法人により、無料もしくは低額な料金で地域の見守り・支え合い等の支援の提供を、地域包括ケアシステムの有力な社会資源の一つとして想定している。当時の地域活動団体の主力は女性であったが、今回は、退職した元気な高齢男性も想定している。事実、そうしたリタイアした男性たちは、地域に数多くおり、問題は組織化である。地域ニーズを踏まえ、リタイアした人たちの地域活動を、行政がどのように支援するのか各自治体に問われている。

全国平均で介護予防の利用者は全体の約 27%（平成 25 年 4 月末。地域によっては 30%強、あるいはそれ以上。）であるが、そのうち 57%が利用している訪問介護と通所介護が介護保険の本体給付から外れる。市町村による要支援者の占める割合に格差があり、同一市町村内でも地域により格差がある。これまで訪問介護と通所介護を利用していたが、これから対象から外れる人たちへの対応が極めて重要な課題となる。その人たちへの対応をどうするのか地域支援事業の再編成による対応が必要であるが、訪問介護・通所介護利用者の具体的なニーズ、またその利用によりどのような改善が図られていたかを把握し、どのようなサービスを提供していくか、区市町村の力量が問われる。また、それを「新しい総合事業」に移して、同様に実施するのであるから、利用者のニーズ・満足度等を高めながら地域支援事業を再編し新たな事業へどのように移すのが課題である。

2. 高齢化による介護ニーズ拡大

介護ニーズの拡大は、当面「2015年問題」と「2025年問題」が密接に関係すると考えられる。鍵となる年齢層は約800万人の「団塊の世代」(1947～1951年生まれ)である。団塊の世代は、まず、2015年に65歳以上の前期高齢者となる。これは「2025年問題」前の「2015年問題」ともいわれている。

この後2025年に向け、急速に高齢化が進んでいく。

(1) 入所待機者の対応

入所申込者数について有効回答のあった施設における1施設当たり定員数は66.7人で、1施設当たり入所申込者数は227.1人である。定員数に対して3.4倍の入所申込者があり、この倍率は居室種類が従来型の施設、65歳以上人口当たり特養・介護保険施設の定員数が少ない都道府県に存在する施設、入所申込者情報の更新等をしていない施設等において高い傾向がみられた。ちなみに定員数ではなく実際に空くと想定されるベッド数と申込者とを比較すると、倍率ははるかに高くなる。1施設当たり入所申込者数(227.1人)の中には、重複申込者、入所が不要となったが申込の取り下げをしていない者等が含まれるため、実質的な待機者数は入所申込者数を下回る可能性が高い。入所申込者の状況入所申込者の平均要介護度は3.3、現在の居場所は「自宅」35.9%、「介護老人保健施設」20.6%、「(介護療養型医療施設以外の)その他の医療機関」16.0%であった。

入所申込の理由(複数回答)としては、「同居家族等による介護が困難となったため」55.6%、「介護する家族がいないため」19.9%、施設・医療機関から退所・退院する必要があるため」16.5%となっていた。要介護度が比較的軽度(要介護1～2)の人について要介護3～5の人と比べると、入所申込理由は「同居家族等による介護が困難となったため」の割合が低く、「介護する家族等がいないため」の割合が高く、また要介護1～2の申込者の居場所は「自宅」の割合が高かった。同居家族がいない状況で在宅生活に困難を感じて申し込む人、今後の重度化を心配して申し込む人等が存在する可能性が示されたが、これらの中には在宅生活を支援する適切なサービス等が提供されれば、入所申込をせずに済むケースもあると思われる。

真に入所が必要な人は、施設の判断による二つの観点(「優先して入所させるべき」と考える人、特別養護老人ホームへの入所を待てる期間)から、真に入所が必要な人の割合等を調査した。該当設問に対し有効回答があった施設における1施設当たり入所申込者数は220.0人、「優先して入所させるべき」と考える人は23.9人、入所申込者全体に占める「優先して入所させるべき」と考える人の割合は10.8%であった。また、入所を待てる期間から判断される入所の必要性をたずねたところ、「現在の生活は困難であり、すぐにでも入所が必要」が11.3%であり、ここにおいても「真に入所が必要」と考えられる申込者は1割強となった。また、そのほか「入所の必要はあるが、最大1年程度は現在の生活を継続することが可能」は28.2%であった。

また、「入所申込者、受入者(施設)の意識や行動面の課題」について回答(自由記入)から、現

在の入所申込者の中には、入所の意向があり在宅介護が困難で、特養への入所が適切な人のほかに、現時点で入所の意向が低い人（とりあえず申し込む人等）、入所の意向はあるが特養での対応が難しい人（医療処置が必要な人等）、現状確認ができない人、が存在していた。

このような入所申込者の構成に加え、複数施設への重複申込者も多いため、施設は「順番が来れば入所するはず」の申込者を上回る申込者を抱えており、その管理業務が負担となっている。また、吸引、経管栄養、常時徘徊等の受入を制限せざるを得ない施設も多く、該当する入所申込者は必要性が高くてもすぐには入所できないというケースが存在する。入所判定等については、多くの施設で自治体等の定める入所指針に基づき統一的に行っているものの、医療処置等の必要なケース、点数の高さと入所の必要性・切迫性が必ずしも一致しないケース等について、一律に点数評価による順位づけでは対応できないと考えられる。

	施設数	1施設あたり 定員 ()	1施設あたり 入所申込者 ()	倍率 (/)
合計	583件	66.7人	227.1人	3.4倍

居室種類別		施設数	1施設あたり 定員	1施設あたり 入所申込者	倍率
	従来型のみ	369件	69.8人	250.6人	3.6倍
	ユニット型のみ	171件	58.4人	181.1人	3.1倍
	従来型 + ユニット型	42件	73.9人	206.5人	2.8倍
	無回答	1件	72.0人	274.0人	3.8倍

65歳以上 人口千人当たり 特養定員数	下位 25%未満の都道府県	215件	72.7人	283.7人	3.9倍
	25%以上 50%未満の都道府県	147件	62.5人	211.8人	3.4倍
	50%以上 75%未満の都道府県	112件	60.4人	169.1人	2.8倍
	75%以上の都道府県	109件	67.2人	195.6人	2.9倍
65歳以上 人口千人当たり 介護保険三施設 定員数	下位 25%未満の都道府県	204件	74.8人	322.8人	4.3倍
	25%以上 50%未満の都道府県	155件	61.9人	181.7人	2.9倍
	50%以上 75%未満の都道府県	116件	59.8人	158.2人	2.6倍
	75%以上の都道府県	108件	65.9人	185.5人	2.8倍

管理状況別	申込者情報の管理、更新が行われている	施設数	1施設あたり 定員	1施設あたり 入所申込者	倍率
	該当する	432件	65.8人	209.0人	3.2倍
	該当しない	151件	69.4人	278.8人	4.0倍

図表3-2 定員に対する入所申込者数（1施設あたり）（「平成23年度 老人保健健康増進等事業
特別養護老人ホームにおける待機者の実態に関する調査研究事業」より）

(2) 「2025年問題」以降の問題と課題

その後、高齢者人口の減少が2043年ごろから始まるといわれている。現在、介護保険施設など高齢者向けの居住施設には、多くの入所待機者が存在し、利用者のニーズが存在することから、安定した経営が続くと考えている介護事業者多いと思われる。しかし、現在の介護事業者を支えている若手が経営を担う約30年後には、高齢者という顧客数は減少し、そのニーズも変化している。この事実を前提に、介護事業者は中長期的な視点で経営を考える必要がある。これらから現在と違い利用者は施設を自由に選べる環境になり、また選ばれる事業所・施設だけが生き残ると考えられる。ここでも、中長

期的に経営の視点を持ち、新しいアイデアとマネジメント力を備えて介護・福祉サービスの質と経営の質向上を担う経営者層の育成が求められる。

3．自治体の動向

都道府県・指定都市社協、市区町村社協における当面の取り組み課題

【都道府県・指定都市社協】

住民主体の地域包括ケアシステムにむけた取り組みに関しては、都道府県・指定都市社協が組織内で情報や方針を共有し、市区町村社協への情報収集・提供、支援等について主導的に役割を果たすことが重要である。

1．市区町村社協への情報提供、支援

□ 下記のような市区町村社協の取り組みがすすめられるよう、都道府県や市町村の動向を把握し、情報提供や調整、支援を行う。

2．都道府県・指定都市段階でのネットワーク

□ 都道府県・指定都市段階において、助け合い活動や生活支援サービスを推進・実施する団体等の協議の場の設置をすすめる。

3．コーディネーター等の人材養成

□ 生活支援コーディネーターの養成研修について、都道府県から情報を収集し、社協での実施に向けて検討をすすめる。（ガイドライン案における1層、2層コーディネーター）

□ 助け合い活動や生活支援サービスを推進・実施する団体との協議の場等において、各団体で活動するコーディネーター等（ガイドライン案における3層のコーディネーター）の養成に向けた検討をすすめる。

【市区町村社協】

1．住民や地域福祉推進基礎組織（地区社協等）への働きかけ

□ 新たな地域支援事業における住民の主体的な助け合い活動の意義や今後の地域での取り組みについて情報提供や学習の場を設け、方向性を共有する。

□ めざすべき地域包括ケアシステムについて住民とともに議論をすすめる。

□ 既存の見守りや小地域ネットワーク活動について、具体的に生活を支えられる仕組みづくりにむけて個別支援機能の強化をはかる。

2．自治体への働きかけ

□ 介護保険事業計画や地域支援事業の動向を把握し、地域包括ケアシステムの方向性や社協の役割について自治体担当者（地域福祉担当だけでなく、介護保険担当部所とも）とのすり合わせを行う。

□ 地域支援事業における住民の主体的な取り組みの意義や基盤支援の必要性等について方向性を共有する。（自治体、専門職等の意識変革）

3．助け合い活動や生活支援サービスを実施する団体との連携

□ 協議体の設置にむけて、広範囲にわたって地域の助け合い活動・生活支援サービスの活動団体、事業所等を把握する。

□ 既存の連絡会等も活用しながら、地域の助け合い活動・生活支援サービスの活動団体、事業所等とともに連絡会や勉強会等の協議の場を立ち上げ、これを核として協議体の設置につなげる。

□ 住民主体のサービス（ガイドライン案における「訪問型サービスB」「通所型サービスB」、移動支援や配食サービス等の住民主体の多様な生活支援サービス）の拡充にむけて、助け合い活動や生活支援サービスの担い手の発掘、養成、組織化をはかる。

4．社協の事業や組織についての検討

□ 要支援者のニーズや介護保険サービスで対応できていないニーズを洗い出し、対応の方向性について在宅福祉サービス部門及び地域福祉推進部門が合同のケース検討会を行う等、協働して検討する。その際、財源を地域支援事業、地域福祉のどちらに求めるかについても将来の展開を見据えて検討する。

□ 経営の観点から介護サービス事業への影響を分析し、今後の事業戦略を検討する。

□ 助け合い活動や生活支援サービスの活動にも活用できる地域拠点の整備をすすめる。

□ 介護保険制度の財源を地域福祉に生かす観点から、社協の組織、体制、拠点等の在り方の再構築も含めた検討を行う。

独立行政法人 国立長寿医療研究センター「在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック」より

4．地域連携

独居の高齢者世帯や高齢者のみの世帯が増加し、さらに首都圏をはじめとする都市部において急速に後期高齢者人口が増えることが予測される。また多くの国民が自宅等住み慣れた環境での療養を望んでおり、できる限り住み慣れた地域で安心して自分らしい生活を実現できる社会を目指す必要がある。そのためには、介護、医療、住まい、生活支援、予防が一体的に提供される地域包括ケアシステムを構築することが重要である。

医療ニーズと介護ニーズを併せ持つ高齢者を地域で支えていくためには、居宅等において提供される在宅医療の提供が、地域包括ケアシステムの不可欠の構成要素となる。2025年までに団塊の世代が75歳以上となり、地域において疾病や要介護状態にある高齢者数が大きく増加することは避けられない状況である。このような中で、在宅医療の提供を含む包括ケアシステムを日常生活圏域の中でこれ

までの生活との継続性をもって実現するためには、個々の掛かりつけ医がその力を在宅医療の分野で発揮することが重要であり、多くの掛かりつけ医の参画を得られるよう、市町村が地域医師会等と協働することにより提供体制を整えることを目標とする。また、従来の在宅医療連携拠点事業の主体をはじめ、それぞれの地域で従前から在宅医療に取り組んでいる医療機関等の豊富な経験は、各地域における事業展開にとって大変貴重であるので、これらの医療機関等の協力を得られるような体制を考慮することが望ましい。

また、地域包括支援センターの位置づけは、介護保険法における地域包括ケアの中心的機関であり、専門職が配置されていることから、医療との連携強化においても、実務的な役割を担うことが期待される。しかし、地域包括支援センターが質的にも量的にも多くの課題に直面していることや、地域包括支援センターが市町村からの委託もしくは直轄か、職種の配置の状況、担当する地域などにより、医療や地域との関係性がそれぞれ異なることから、機能の把握、役割分担、連携の仕組みなどについて地域ごとに検討する必要がある。医療・介護連携に関して実績のある地域包括支援センターを持つ地域においては、当該センターの更なる活動展開をすることも重要な課題である。

5．介護ビジネス企業の経営状況

2013年1～10月の老人福祉・介護事業の倒産件数は、44件（前年同期比62.9%増）に達した。介護保険法が施行された2000年以降では、2008年（46件）に迫り、過去最大のペースで推移している。なかでも訪問介護事業は1～10月累計で26件に達し、年間で過去最大の2009年（25件）をすでに上回り過去最多を更新した。

2013年1～10月の負債総額は、19億300万円（前年同期比4.7%減）と微減で推移した。負債10億円以上の大型倒産の発生がなかった（前年同期0件）のに対し、負債1億円未満の小規模倒産が40件（前年同期比100.0%増、前年同期20件）と9割（構成比90.9%）を占めたことによる。

老人福祉・介護事業倒産の内訳をみると、訪問介護事業が26件（前年同期比73.3%増、前年同期15件）、施設系の有料老人ホーム、通所・短期入所介護事業など18件（前年同期比50.0%増、前年同期12件）だった。このうち訪問介護事業は、介護保険法が施行された2000年以降では、これまで最多だった2009年の25件を上回り、過去最多を更新している。

原因別で最も多かったのは、販売不振（業績不振）の26件（前年同期比85.7%増、前年同期14件）で増加ぶりが目立った。次いで、事業上の失敗が前年同期同数の8件、他社倒産の余波が4件、運転資金の欠乏が3件の順だった。

従業員数別では、5人未満が31件（前年同期比55.0%増、前年同期20件）で全体の7割（構成比70.4%）を占め、小規模事業所の倒産が目立った。

形態別では、事業所の解体・消滅である破産が41件（前年同期比70.8%増、前年同期24件）と全体の9割（構成比93.1%）を占めた。一方、再建型の民事再生法は2件（前年同期1件）にとどまり、

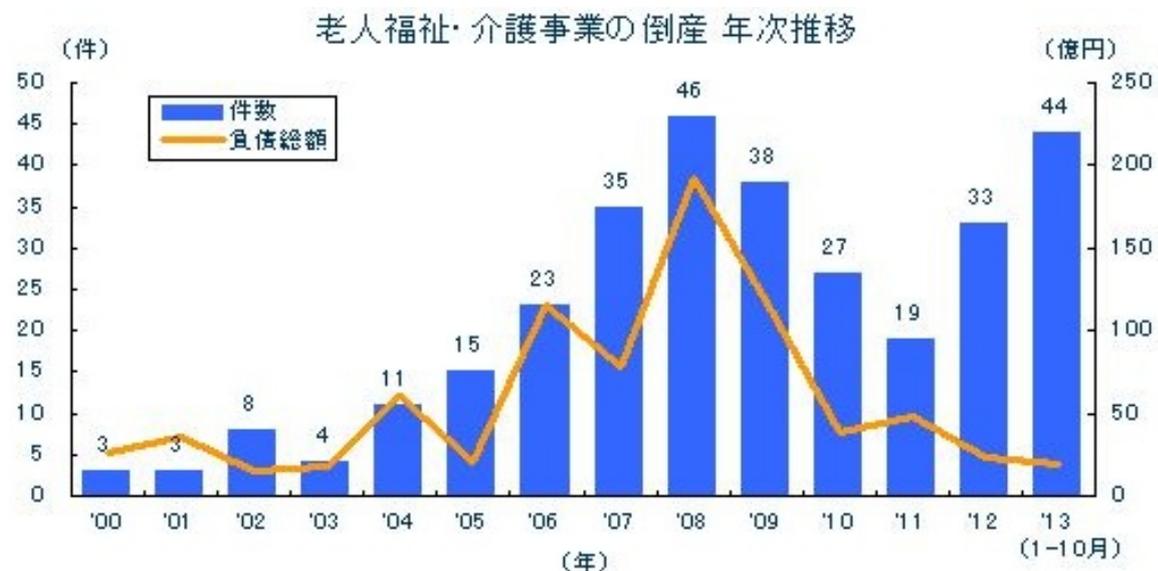
業績不振の事業所が再建を図るのが難しいことを浮き彫りにした。

介護関連事業は、高齢化社会にともない将来性の高い産業として注目を集めてきたが、慢性的な人手不足に加え、他産業からの新規参入で競争が激化し、厳しい経営環境が続いている。

特に、訪問介護事業は少ない資金で開業できるため、資本力の脆弱な小規模事業者の参入が多かった。これまで小規模事業者は中小企業金融円滑化法により資金繰りを下支えされてきたが、経営改善ができないまま赤字を累積させ、息切れするケースが増えているとみられる。介護保険のスタートから13年を経て、介護サービスの利用者は開始時の約3倍になったという。しかし、利用者数は増えても1人当たりの利用額は抑えられているとの指摘もあり、小規模事業者を中心に厳しい経営から脱皮できず、今後のさらなる倒産増加も懸念されている。

補足として理解する必要があるのは、市場が介護保険の枠組みに縛られる、公共福祉の面を持つ点である。いくら素晴らしいサービスを提供しても、介護報酬は法律によって抑えられてしまうのが介護事業の特徴である。個々の事業者がいかなる努力を行っても、事実上、収益力アップに蓋をする天井が存在しているのだ。これではいくら民間企業が参入しても、競争原理は働かない。

因みに、その中で比較的利益率のいい特別養護老人ホーム事業等は、介護保険制度スタート以前から事業を行ってきた社会福祉法人等が大きな既得権を握っている。新規参入組は、きわめて不利な立場から競争を開始せざるを得ないのが現状である。



図表 3 - 3 老人福祉・介護事業の倒産 年次推移

調査対象の「老人福祉・介護事業」は、有料老人ホーム、通所・短期入所介護事業、訪問介護事業などを含む

6 . 人材確保と雇用管理

(1)人材確保

介護サービスは人が人に対して提供するものであり、サービスを提供する人材の質と人数が施設のサービスレベルを決定するため、事業運営の基礎となる人材を確保することが最も重要な経営課題の一つである。質の高い介護サービスを提供するためには、質の高い人材が必要である。

介護事業はサービス提供形態、事業内容、事業規模によって必要となる職種・人数が異なる。事業形態により、有資格者の必要人数が定められており、人員計画はこれらの要素を反映したものとなる。

介護の求人倍率は他の産業に比べ高い。今後も利用者の増加が予想され介護サービスへのニーズが高まる一方、介護の就職者は需要に追いつかない。

高い介護技術と豊富な経験を持ち、臨機応変に対応できる人材がサービスレベル向上に寄与するが、このような人材の確保は他社との競争となり、育成するにも相当の期間を要する。

(2)職員の採用

第2章 図表 2-6 にもあるとおり、人材不足の理由として採用が困難であることが最も多い。

第2章 図表 2-7 では、採用が困難である理由として、賃金が低いことが最も多く、次いで、仕事がきつい、社会的評価が低い、休みがとりにくい、雇用が不安定といった、労働条件に関するものが多い。採用する側としては求職者の不安を払しょくし、人材確保に向けて対策を講じる必要がある。

公益財団法人介護労働安定センターの「介護事業所の採用・定着に向けたポイント」では、採用を円滑に行うためのポイントとして、次の7つのポイントを挙げている。

- 法人理念：「質の高い介護」を実践し、その内容を対外的にアピールする。
- 人材に対する考え方：「経験者」「有資格者」「福祉系学部」「若手」という採用人材に対するこだわりを柔軟化する。
- 地域連携：地域ネットワークを広げ、介護業界のイメージ改善と求職者の掘り起し・人材確保を進める。
- 事業戦略：事業戦略の内容に応じて必要な人材像を明確化し、採用ターゲットの選定を行う。
- 要員計画：現状分析等を通じて必要な人員数を把握し、非コア業務についてはサポート職を有効活用する。
- 採用チャンネル：採用ターゲットの属性等に応じ、情報の発信方法や情報提供の方法や内容を柔軟化させる。
- 選考プロセス：入職後の定着を見越した選考を行う。

出典 公益財団法人介護労働安定センター「介護事業所の採用・定着に向けたポイント」

経営の根幹となる理念を明確にしてアピールするとともに、柔軟な採用への取組が良好な結果をもたらすと考えられる。

また、採用に向けた対策は、地域特性等、事業環境を考慮しつつ、いくつもの対策を継続的に実施していくことが効果的であると考えられる。

(3)職員定着率の向上

職員の離職率は低下傾向にあるが、産業計と比べて、やや高い水準となっている。事業所の規模が大きくなるほど離職率が低くなる傾向がある。

厚生労働省社会保障審議会介護給付費分科会（第107回）資料によると、職員の離職率が10%未満の事業所が約半数である一方、離職率が30%以上の事業所が約2割存在する。

職員が辞めれば一時的なサービスレベルの低下や他の職員の負担増をもたらし、次の離職者を生む原因となる。

辞める理由のトップは人間関係

公益財団法人介護労働安定センターが平成25年度に実施した「介護労働者の就業実態と就業意識調査」の結果によると、直前の介護の仕事をやめた理由のトップは「職場の人間関係に問題があったため」で24.7%だった。

複数施設を運営するような規模が大きい法人では、施設間の人事交流や配置転換で、ある程度対応できると思われるが、中小規模の施設は限られた人数で運営されており、配置転換・異動による対応が難しいと思われる。

労働環境も離職の原因

介護サービスを提供することにより腰を痛める介護職員が多く、肉体的にも厳しい労働環境といえる。また、入所型施設では24時間サービスを提供しており、夜間勤務があるため不規則な勤務体系となる。さらに、夜間・深夜帯では、少人数の職員で対応する施設が多く、有給休暇を取得しにくい状況であると考えられる。

責任が重い反面、賃金が低いことなど待遇が釣り合わないと感じる職員も少なくない。

定着率向上のための取組み

せっかく採用しても、短期間で離職されるとサービスレベルの低下を招くだけでなく、次の離職者につながる事が予想される。事業者は職員の定着率向上のための対策を講じる必要がある。

前述の「介護事業所の採用・定着に向けたポイント」では、定着に向けたポイントとして、次の8つのポイントを挙げている。

- 定着の前提：定着に向けて「処遇・雇用環境の改善」と「やる気・意欲の向上」の双方に対応した複合的な取組を進める。
- 初期定着：新規入職者の不安や悩み、考えを聞き、新人が孤立しない体制を構築する。

- キャリア・能力開発：専門職としての職務に対するこだわりに応えるキャリア・能力開発の体制を構築する。
- 組織開発：風通しのよい組織をつくり、事業所の人間関係を良好に保つ。
- 帰属意識：事業所の運営に参加する機会を設け、職員の当事者意識と組織への愛着を高める。
- 評価と処遇：経営の安定化を通じて報酬の原資を確保し、職員の成果に対して公正な評価と処遇で報いる。
- ワークライフバランス：事業所の中心となる人材の状況に応じたワークライフバランスの取組を進める。
- トップおよびミドルマネジメントの役割：理念伝達や定着の要としてマネージャーの役割を再認識する。

出典 公益財団法人介護労働安定センター「介護事業所の採用・定着に向けたポイント」

これらについても、採用対策と同様に、継続的に対策を打ち、地域特性や状況に応じて柔軟に対応することが成果につながると考えられる。

(4)雇用管理

介護における雇用管理の現状

公益財団法人介護労働安定センターの「介護事業者のための雇用管理改善ガイドブック」には、同センターが平成 24 年度に実施した「介護職員の賃金・雇用管理の実態調査」の結果から、中小法人における雇用管理の特徴として以下のものがあげられている。

- 正規職員の定期昇給制度は、職員規模が小さいほど制度の導入率が低い。
- 職員規模が小さいほど「賃金表あり」の割合が低く、「賃金表なし - 経営トップの判断による」の割合が高い。
- 一般職に対する人事評価の実施状況について法人全体の職員数別にみると、規模が小さいほど「定期的に行っている（年 1 回 + 半期に 1 回）」の割合が低く、「不定期に行う」「人事評価を行わない」の割合が高い。
- 仕事の責任範囲や求められる能力の明文化は、規模が小さいほど「明文化されていない」の割合が高い。

出典 公益財団法人介護労働安定センター「介護事業者のための雇用管理改善ガイドブック」

これらのことから、職員規模が小さいほど、雇用管理を行う上で必要と思われる制度が不十分である場合が多いと思われる。賃金等処遇を決める基となる評価基準が曖昧だと、職員の目標設定に影響し、やりがいの喪失や処遇に対する不満を生む。これらは職員の離職の原因となると思われる。

雇用管理改善

職員がやりがいを持って働ける職場にするためには、処遇に関する制度や基準を明確にし、職員全員で共有することが重要である。制度を運用するにあたっては、運用状況をモニタリングし問題点を改善していく、いわゆる PDCA サイクルが回るように、運用体制と運用ルールを構築することが必要である。

介護ビジネスにおいては、定期的な法制度改正が雇用管理にも影響することが想定されるため、制度、基準を適時見直し、柔軟に運用することも必要である。

公益財団法人介護労働安定センターの「介護事業者のための雇用管理改善ガイドブック」には、雇用管理改善策と留意点として以下のものが示されている。

- 法人の理念・ビジョン、経営目標を職員に周知・徹底する。
- 経営状況をもとに、法人・事業所の課題や今後の目標等について共有する。
- 現場からのアイデアや意見・提案を吸い上げる。
- 職員のニーズに応じた働き方ができる仕組みを作る。
- 子育て中の職員等が、仕事と私生活の両立ができるような支援を行う。
- 業務の内容や量に対応できる適切な人員を確保し、職員に過重な負担を強いることのないように配慮する。
- 残業削減や年次有給休暇の取得推進など労働条件の改善や、福利厚生面の整備に努める。
- 仕事の役割や責任の範囲、必要な能力等を明確に示す。
- 一人ひとりの果たすべき役割や目標について話し合いを行う。
- 人事評価の基準や方法を明確に示し、定期的に人事評価を行っている。
- 人事評価の結果を職員にフィードバックし、評価の納得性を高めるとともに人材育成につなげる。
- 人事評価の結果が処遇に反映される仕組みを作る。
- 定期昇給の仕組みを作る。
- 賃金の決め方・上げ方を制度化し明確に示す。
- 職員のスキルアップのための研修計画を立て研修を行う。
- 新人に対して一定期間、体系的にOJTを行う仕組みを作る。
- 管理職層やリーダー層育成のための教育に力を入れる。
- 外部の講習会や研修受講、資格取得等の支援を行う。
- 働き方やキャリア形成に関して希望を聞く仕組みを作る。

- 非正規職員に対して、希望すれば正規職員への転換のチャンスを与える。
- 非正規職員に対して、スキルアップややりがい作りなど雇用管理改善の工夫を行う。
- 非正規職員に対して、賃金が上がる仕組みを作る。
- 年度の経営計画・予算を立て、予算実績管理を確実に行う。
- 継続的・安定的に利用者確保ができる仕組みを作る。
- 業務改善・効率化・システム化等のコスト効率向上に取り組む。

出典 公益財団法人介護労働安定センター「介護事業者のための雇用管理改善ハンドブック」

このような雇用管理改善策を実施していくことにより、働きやすい職場となり、職員の満足度を高め、人材の定着率とサービス品質の向上につながり、ひいては経営の安定をもたらす。

7. サービス

(1) 介護ニーズの変化

利用者個人のニーズ

住み慣れた自宅で介護を受けたいという人は多い。しかし、要介護度が重くなってくると、単身者では自宅での生活は困難になり施設入所を検討せざるを得なくなる。また、家族と同居している場合でも、家族の負担増の懸念や、費用の増加により施設入所を考えるようになる。

医療系の施設では、一部屋に複数の利用者が同居する多床型が多いが、施設でも自宅並の住心地とプライバシーの確保求める利用者多く、個室・ユニットケアが増えている。また、高齢者住まい法の改正により、サービス付き高齢者向け住宅増えている。

利用者の身体的な状況は異なり一律・画一的なサービスでは利用者の満足度が向上せず、クレームになることがある。利用者個人の状況を考慮したサービスの提供が利用者の満足度を上げ、施設の評価向上につながる。

利用者家族の意向

ケアプランの第1表には本人および家族の意向を記入する。利用者とその家族が望むサービス内容および頻度と生活への要望を把握し、それについて課題分析の結果を記載するものである。

本人の意向に加え家族の意向も尊重する必要があり、これらに対する考慮が不十分だとクレームとなることがある。職員にはコミュニケーション能力が問われる。

(2)サービス品質の向上

介護サービスの価格は、あらかじめ定められた範囲となるため、他の施設との差別化は、介護サービスの品質によるところが大きくなる。有能な人材を確保し、質の高いサービスを提供することが、事業存続の要となる。

従業員満足度の向上

前述したとおり、介護サービスは人が人に対して行うものであり、その品質はサービス提供者によるところが大きいため、質の高いサービスを提供し利用者の満足度を高めるためには、サービス提供者である職員の満足度を高める必要がある。

そのためには、職員がモチベーションを維持しやりがいを持って業務に従事できるよう、業務内容に見合った賃金や労働条件など処遇改善を図ることが必要となる。さらに職員個々のキャリアプランを策定し、介護従事者として、将来に渡る目標達成を意識した取組みが重要となる。

介護技術の向上

有資格者は一定の技術レベルを有しているが、各団体や自治体主催の研修や様々な事例を基にしたケーススタディなどによる知識や介護技術の習得によりサービスレベルの向上を図る。同業者との交流を通じて情報共有を図ることも有効であると思われる。

保険外サービスの提供

サービス品質の向上を図るとともに、保険外サービスメニューの充実を図り、利用者の利便性・快適性を向上させることは、収益をもたらす他社との差別化につながる。

保険外サービスを提供する場合、ケアプランの中での有効性とサービス内容、価格、品質について利用者や利用者家族に納得してもらえるよう説明および情報提供する必要がある。

また、ケアマネジャーに対してもサービスに関する情報を提供しておくことが望ましい。

8 . クレーム・事故対策とコンプライアンス

(1)クレーム対応

クレームは利用者に不利益が生じた場合に発生するが、これを単に利用者の権利の主張とだけとらえるのではなく、利用者目線での意見として介護サービス改善の契機としてとらえ、クレーム対応を通じてサービス品質向上に活かす姿勢が求められる。

対応に当たっては、受付窓口を一本化し、利用者の申し出内容を詳細に記録し、経営者を含め職員全員で共有する。個人の判断で対応するのではなくガイドラインに沿って対応を決定する。

これらのことをルール化し職員に浸透させる取組みが必要である。

(2)介護サービスで発生する事故・事件

利用者に起因する事故

夜間・深夜など職員数が減る時間帯や職員の急な欠勤、退職などで手薄になると、利用者に対する職員の見守りが十分でなくなる。職員が目を離した際に施設から利用者が外出してしまうことが想定される。

また、利用者自身が、予期せぬ行動をとる場合があり、転倒や誤食、誤飲などの事故が発生する。

職員に起因する事故

介護サービスを提供する職員は資格取得や現場での経験を通じて、一定の介護技術をもってサービスを提供しているが、職員も人間であり、ついというっかり、勘違いなどからミスを犯すことは否めない。サービス提供中にミスを犯せば、利用者の身体や健康を損ねる可能性がある。

通所型サービスでは、利用者の送迎時、訪問型サービスでは利用者宅訪問時の交通事故が発生する可能性がある。

その他の事故

介護施設ではインフルエンザやノロウイルス等の感染症が集団感染を引き起こし、利用者の死亡に至る事例がある。

また、施設で火災が発生すると、利用者は非難する場合にも介助が必要であるため、逃げ遅れにより大きな被害が発生する。

事件

利用者同士、職員と利用者間でトラブルが発生することもある。ヘルパーによる盗難事件や、職員による利用者虐待の事例も発生している。

利用者の所有物の紛失やいざこざなど事件に発展しうる事象は日々発生している。

(3)事故防止策

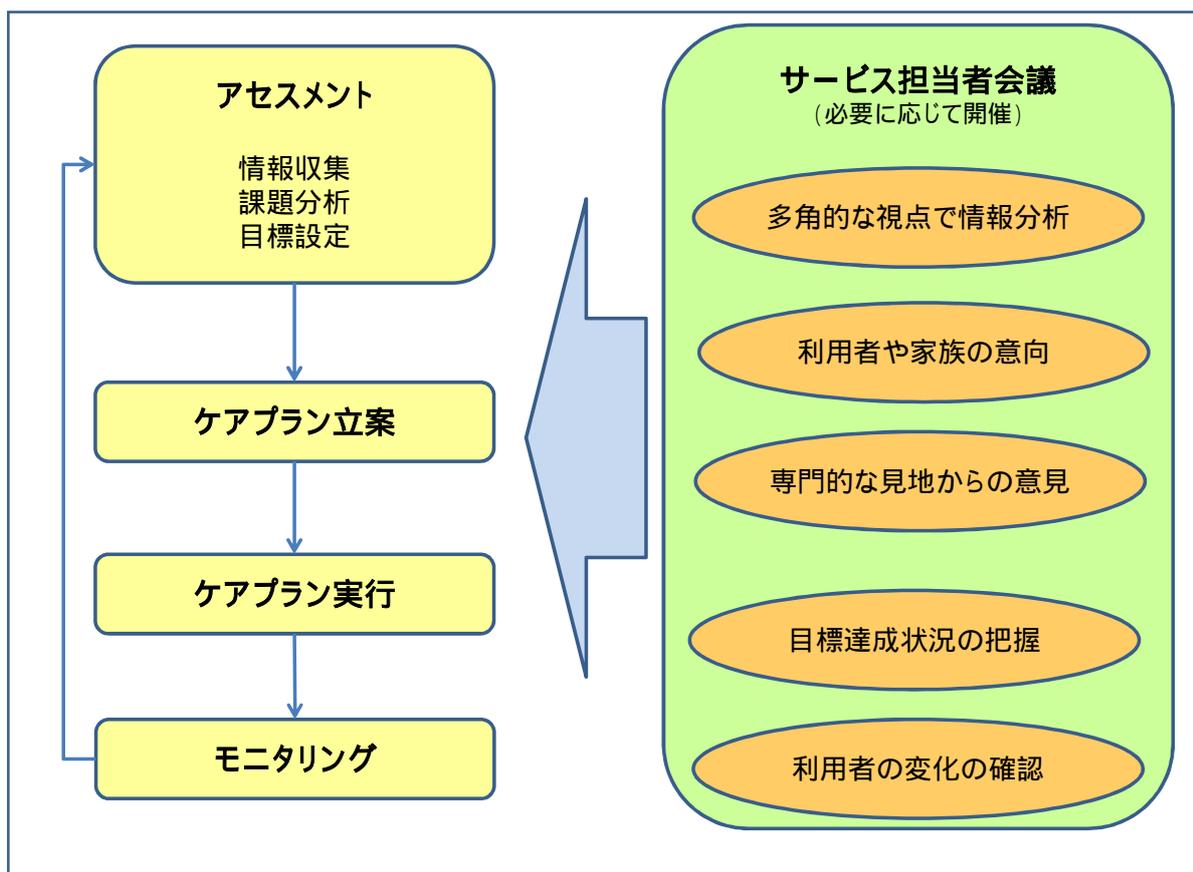
リスクマネジメント体制

リスクを最小化し事故を未然に防ぐためには、まず、施設全体で取り組むことが必要である。職員によるマネジメント体制を構築し、リスクの洗い出しから分析、対策の立案・実施に至るマネジメントサイクルを機能させることが重要である。

ケアマネジメント

利用者個々に状態が異なるため、想定されるリスクも利用者によって様々である。

そのため、利用者に関する情報から課題を見出し、ケアの目標を設定するアセスメントを基に、ケアプランを立案し実行するケアマネジメントを行うことがリスクを軽減し、利用者との信頼関係構築につながる。



図表 3-4 ケアマネジメントの流れ

ヒヤリハット

人間相手のサービス業の現場では、日々様々な事象が発生している。それらに対応する職員が実際に体験した、ヒヤリ、ハットしたエピソードが「ヒヤリハット」である。

報告されたヒヤリハットは集約・共有され、その要因を分析することにより具体的な対策の立案につながるもので、事の大小にかかわらずできるだけ多く集めることが重要である。

情報共有

介護施設では、毎日、ケアプランについてミーティングなどを実施している。

職員同士が利用者ごとのケアプランと実施するサービス内容のほかに、上記のヒヤリハット事例や事故・トラブル、その他の情報も共有し、共通の認識を持つことがサービスレベルの維持向上につながる。

予防策

介護サービスを提供するにあたってのガイドラインや作業マニュアルは全職員が内容を把握しておく。また、設備の操作マニュアル、器具の取扱いマニュアルは常に閲覧できるようにし、定期的に操作研修を実施する。マニュアルは随時現行化し、バージョンアップは全職員に通知する。

(4)コンプライアンス

法令遵守

介護ビジネスは国の保険制度に基づくものであり、保険者である自治体等による監査が行われる。特に社会福祉法人は、税制上の優遇措置や補助金等公費が投入されており、公共性が高いことから行政官庁による定期的な指導監査が実施されている。

監査は、人員、設備、運営が基準に適合しているかを確認するもので、適合していない場合、改善が求められる。不正請求とみなされる場合には、報酬の返還や介護保険指定事業者の指定取り消しに至る場合がある。

介護保険法をはじめ介護ビジネスに関連する法律とそれに基づく条例など、遵守すべきものは多い。これらについて、常に注意しておくことが必要である。

法律に従って事業を運営することは当たり前のことであるが、職員全員がこれらを意識して行動することを浸透させることが基本となる。そのため、経営者自身が先頭に立って姿勢を示すことが重要である。

また、日々、事業運営および職員の行動に問題がないかチェックし、問題があれば速やかに対処するマネジメントサイクルの構築が必要である。

< 事例 >

2006年に株式会社コムスンによる介護保険料不正受給が発覚した。不正受給は全国的に行われており、コムスンは2007年に厚生労働省から、介護サービス事業所の新規及び更新指定不許可処分を受けた。同社の介護事業は複数の事業者に譲渡され、同社は解散した。

9. ITの活用

(1)期待される効果

介護サービスは人が人に対して行うものであり、利用者個々に対応が異なるため介護サービスを自体をITで合理化することは難しい。

介護保険料申請や利用者のケアプラン作成、職員相互の情報共有といった業務にITシステムが導入され効率化が図られている。

また、訪問介護では、看護師やヘルパーが複数の利用者宅を訪問するため、勤怠管理や報告業務にタブレットやスマートフォンを利用することにより、間接業務の稼働削減を図っている事例がある。

(2)ITシステム導入における課題

目的の明確化と導入計画

ITシステムの導入にあたっては、その目的を明確にしておく必要がある。また、システム導入の計画を策定し、事業計画に沿ったシステム導入を行うことが望ましい。

情報セキュリティ

ケアマネジメントシステムは利用者の住所、氏名、年齢といった個人情報に加え、食事や風呂の際に必要な介助やケアプランが記録されており、情報セキュリティの確保のための対応が必要である。

このような情報を取り扱う職員には守秘義務があり、一定のセキュリティは確保されていると思われるが、情報システムへの外部からの侵入による破壊や盗難の対策と併せて、職員等による過失による被害の防止対策をとる必要がある。

特に訪問型サービスにおいては、利用者宅を訪問する際に資料等で利用者に関する情報を持ち出すことが予想され、紛失による情報漏えいが発生する可能性がある。

< 事例 >

介護老人保健施設職員が入所者の個人情報等が保存された USB メモリーを紛失した。この USB メモリーには、入所者等の氏名、年齢、生年月日など 5 名分の個人情報が保存されていた。

施設の情報セキュリティポリシーを定め、情報セキュリティに関する方針を全職員に浸透させ、個人情報等の取扱いについて基準を設けるなどの対策をとる必要がある。また、定期的に職員に対する情報セキュリティ研修を実施するなど、セキュリティレベルを維持・向上させる取り組みが必要である。

システムを導入するにあたっては、以下のような基準やガイドラインに留意すると良い。

- 医療・介護関係事業者における個人情報の適切な取扱いのためのガイドライン（厚生労働省）
病院、診療所、薬局、介護保険法に規定する居宅サービス事業を行う者等の事業者等が行う個人情報の適正な取扱いの確保に関する活動を支援するためのガイドライン。
- 医療情報システムの安全管理に関するガイドライン（厚生労働省）
診療録等の電子保存に係る責任者を対象とし、情報システムの導入及びそれに伴う外部保存を行う場合の取扱いに関して示すもの。

このほか、以下の情報処理事業者向けのガイドラインも業者選定時等の参考となる。

- 医療情報を受託管理する情報処理事業者向けガイドライン（経済産業省）
- ASP・SaaS 事業者が医療情報を取り扱う際の安全管理に関するガイドライン（総務省）

また、マイナンバーについては、今後、介護分野にも影響することが予想されることから、国や自治体、業界の動向に注意し、最新の情報を収集して導入に備えておくことが望ましい。

利用者のプライバシー保護

カメラやセンサーといった利用者の状態に連動するものを導入する際には、利用者のプライバシーを侵害しないよう十分注意する必要がある。

(3)システムの保守運用

業務システムである場合は、データの損傷や破壊に備えるためのバックアップや、機器故障時の対応をあらかじめ決めておく。また、システム運用の責任者を決め、責任者を中心とした運用体制を構築し、役割と責任範囲を明確にしておく。

参考文献：平成 25 年版 介護白書（T A C 出版）

日本医療企画 介護経営白書 2011 年版

独立行政法人国立長寿医療研究センター「在宅医療・介護連携のための市町村ハンドブック」

公益財団法人介護労働安定センター「介護事業所の採用・定着に向けたポイント」

公益財団法人介護労働安定センター「介護事業者のための雇用管理改善ハンドブック」

厚生労働省第 107 回社会保障審議会介護給付費分科会資料「介護人材確保対策について」

一般社団法人日本介護支援専門員協会「利用者が自分らしく豊かに生活するためのケア
マネジメント」

東京都国民健康保険団体連合会「介護サービス向上のために～苦情対応から学ぶ～」

誠文堂新光社「実践 介護ビジネスがよくわかる本」(中原登世子著)

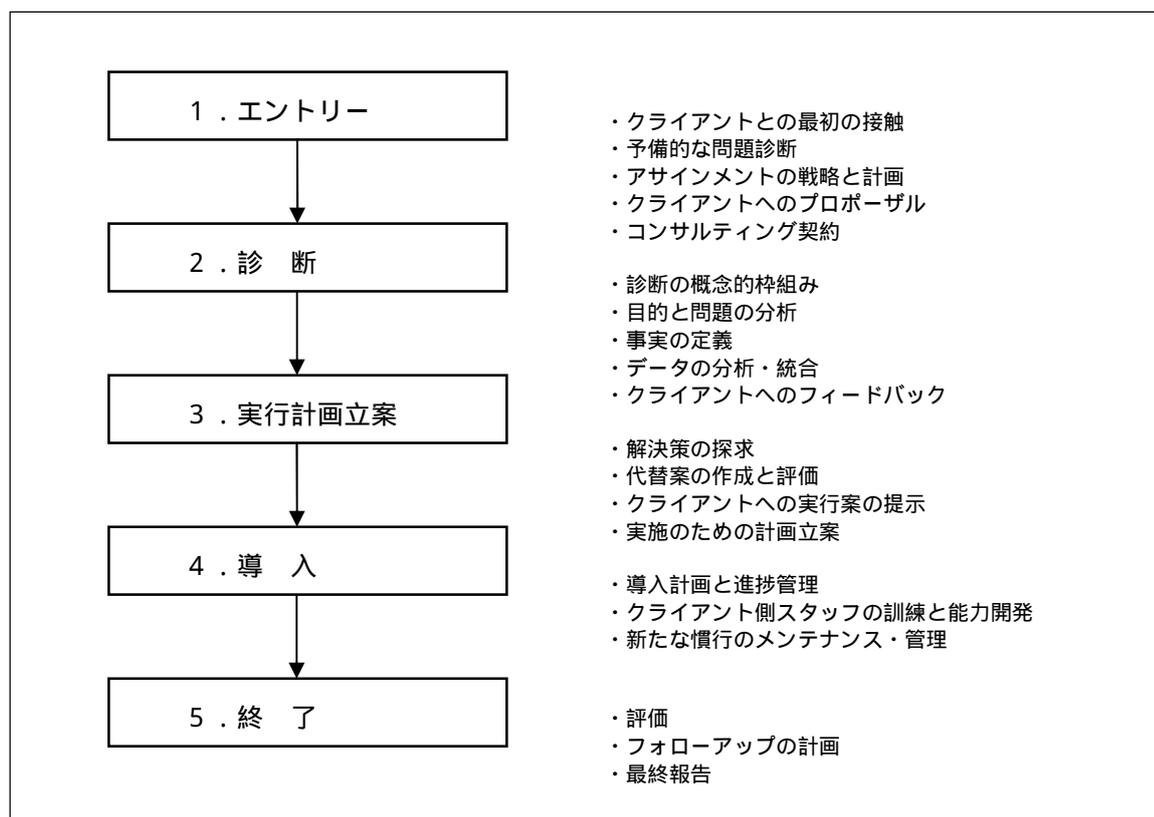
第4章 介護ビジネス経営診断マニュアル

第1章から3章までを通して、介護ビジネスの実態から経営上の問題点までを浮き彫りにしてきた。第1章では、3章までの問題点を解決する入口としての「経営診断」を体系化し、マニュアル化する。マニュアル化にあたっては、中小企業診断士が現場で実践している「経営診断モデル」をベースとし、前章まで見てきた「介護ビジネス経営」の特性を盛り込んだ形式とする。

1. 介護ビジネス経営診断・支援のプロセス

(1) 世界標準の経営コンサルティング・プロセス

はじめに、経営診断全般および経営コンサルティングに関して多面的で普遍的に整備された書籍として、ILO/ミラン・クーバー編(1999)「経営コンサルティング(生産性出版)」があげられる。本書第一部では、「コンサルティング・プロセス」として順を追ったプロセスが示されている。要約を下表に示す。



図表 4-1 ILO/ミラン・クーバー編書「経営コンサルティング(第4版:2004年)生産性出版」より抜粋

(2) 中小企業支援法に基づく中小企業経営診断・支援プロセス

次に、中小企業支援法に基づく中小企業経営診断・支援プロセスについて考察してみる。我々中小企業診断士は、中小企業支援法第11条に基づき経済産業大臣が登録する資格である。その業務は同法

により、「経営の診断及び経営に関する助言」とされている。また、立ち位置は、「中小企業者が経営資源を確保するための業務に従事する者（公的支援事業に限らず、民間で活躍する経営コンサルタント）」である。

以下に、（一社）中小企業診断協会による、「中小企業診断士業務遂行指針：2004年」第2章より、診断の基本的プロセスを示す。

- (1) 診断・支援ニーズの事前確認
 - ・ 診断・支援ニーズをヒアリングで確認
- (2) 定量的実績分析と定性的機能分析
 - ・ 過去の実績を定量的に分析
 - ・ 経営体の果たしている定性的機能を客観的に把握
- (3) 経営環境変化要因の分析・特定
 - ・ 経営環境変化要因を経済系、自然・社会系、人間系の3大要因別に分析
 - ・ 経営体に影響を与えている経営環境変化要因を特定する
- (4) 経営資源の分析
 - ・ すべての経営資源が経営体の部門間でバランスよく配置されているか分析
 - ・ スピード経営に対応できるよう経営資源が活用される経営システムであるか分析
- (5) 経営課題などの抽出
 - ・ 問題点とともに活かすべき強みについて抽出
 - ・ 経営改善、経営革新の提言目標の明確化
- (6) 経営改善・経営革新の提言
 - ・ 提言に際しては、専門・高度・広範な知識を有効に活用
 - ・ 実行意欲を誘うためにカウンセリング・コーチングなどの助言技術を活用
- (7) 将来の変動要因を踏まえたビジネスプランの作成
 - ・ 経営分析とともに将来の変動要因を特定し、ビジネスプランの妥当性を確認
- (8) 全体整合性のある提言
 - ・ 部分最適ではなく、全体整合性のある経営システムの提言が必要
- (9) 実現可能な提言
 - ・ 実行は経営体にあるため、実現可能性を高められる内容と説明
- (10) 提言実現化の支援
 - ・ 提言内容が具体的に実行に移されるための助言

図表 4-2 （一社）中小企業診断協会による「中小企業診断士業務遂行指針：2004年」より

(3)本調査研究における実務的経営診断プロセス

(1)および(2)のプロセスを踏まえ、本調査研究事業においては、(2)をベースに、(1)を参考としながら、前章まで考察してきた介護ビジネス経営における様々な問題解決を図るべく、実務に少しでも役に立つような経営診断プロセスを考察した。実務的には前半を「課題発見プロセス」、後半を「課題解決プロセス」と2段階に分けた。概要を下図に示す。

介護ビジネス経営診断プロセス

「課題発見プロセス」

(1)エントリー

経営診断を依頼する動機の明確化

ヒアリングによる予備的診断

経営診断の全体計画

経営診断及び実行計画のプロセス、診断内容の提示（プロポーザル）

経営診断の契約

(2)診断の実行

定量的実績分析・定性的機能分析（内部環境分析）

経営環境変化要因の分析（外部環境分析）

ビジネスモデル

経営課題の抽出

経営改善・経営革新の提言

「課題解決プロセス」

(1)実行計画の立案

経営理念の再確認

経営戦略（戦略代替案）の策定

実行戦略の策定

実施のための計画立案・計画策定

(2)実行の支援（個別コンサルティング）

中期ビジョン・行動計画作成コンサルティング

教育カリキュラム作成コンサルティング

目標管理制度導入コンサルティング

2．課題発見プロセス

(1) エントリー

経営診断を依頼するに至った動機の明確化

最初に考慮しなければならない事項は、「なぜ、介護ビジネスの経営者が経営診断を委託する気になったのか」ということである。大きく分けるならば、経営状況が悪化している状態（定量的問題＝財務的問題または定性的問題が顕在化している）で何らかの経営改善を必要としているのか、それとも、今後の経営環境の変化に対応するために将来への布石を打つような取り組み（経営革新）を意図しているのかを明確にすることである。この段階では、相談者（この段階ではクライアントではなく、相談者という単語を使用する）のニーズが必ずしも整理されているとは限らない点や、相談者が自らの意思で相談しているのか融資を得ている金融機関や行政などからのすすめで相談に来させられているのかを明確に理解しておく必要がある。

中小企業診断士として相談を受ける立場としては、第3章でも考察してきたように、介護ビジネスには法的側面の変化や社会情勢の変化、行政や他業種の動きなど外的環境要因の影響を大きく受けることを理解したうえで、経営診断にかかる前の予備的知識（第1章、第2章）を十分に習得しておくことが必要となる。また、最初の面談における中小企業診断士の言動がその後続くプロジェクト全体の印象を決めてしまう要素があることも重要であり、その意味でも業界知識や専門用語などについて事前に知識を入れておくことが必要である。

ヒアリングによる予備的診断

病院の診察では、「問診」にあたる。経営体のこれまでの事業の経緯や事業規模、どういう介護ビジネスのタイプかを問診票やチェックシートにまとめることになる。この時点で相談者が持っている問題はあくまでも「仮説」であり、客観的立場としてふるまう必要がある。相談者の中には、相談相手を味方だと思い込んで相談に至るケースも多々あり、すぐに問題解決や診断に取り掛かることを望む方もいるとは思われるが、「予備的診断」の必要性や固定観念の危険性などを説明し、この段階が最も重要なステップだと理解してもらわなくてはならない。

さらには、このステップでは、できるだけ相談者に話してもらうように仕向けていくべきである。適切な質問やうなずき、「それで?」「なるほど」など相談者が心にもっているものをすべて吐き出してもらうためにはトレーニングも必要であるが、コーチング・カウンセリングテクニックのような知識も備えておきたいところである。また、この段階では、相談者は中小企業診断士のサービスを買って求めようとしているのではなく、一つの「関係性」を築こうとしているのだということもあり、診断士として自分の考え方やこれまでの経験、個人情報なども小出しに提供することで相談者の安心感を高めることも必要である。

予備診断には「問診票」が必要である。巻末に予備診断調査票の例を掲載した。参考になれば幸

いである。

経営診断の全体計画

中小企業診断士として次に必要なことは、全体的な診断計画を策定することである。面談及びヒアリングである程度までは仮説化された経営課題に対してどのように検証し、どのように改善提言へ持っていくのか、いわゆる「今後の進め方」を具体的に検討するステップである。

具体的には、「診断の大きな方向性」「診断の期間」「計画立案の期間」「診断・計画策定の費用と支払の方法」などの項目について検討する必要がある。

経営診断及び実行計画のプロセス、診断内容の提示（プロポーザル）

で検討した全体の進め方について相談者との合意を形成するステップである。すなわち、この段階で明確にしておくべきことは、まず「診断の大きな方向性」である。診断受診動機の明確化でも述べたことであるが、「経営改善」か「経営革新」か、経営資源のうちどの部分に対して重点的に診断するかの方針を伝えることになる。しかしながら、例えば、財務的に問題がある経営体であっても、その財務的問題の原因が組織的なところにあるのかそれとも外部関係者との関係性に原因があるのかは診断してみないことには分からないことのほうが多い。あまり細かなことには触れずに大きな枠組みでとらえる必要があることを申し添えたい。

次に重要なことは、診断の計画を提示することである。月〇〇日から 月 日までをある程度示すことや、診断費用および支払方法の提示を示しておくことが必要である。

この時点で重要なことは、できるだけ提案したその場で質問を受け、不明瞭な点を出来るだけ取り除いておくことである。診断士からの提案に対して経営体としては組織決定（小規模事業者であれば即決もあるが）の時間が必要であることも考慮しなければならない。

経営診断の契約

この段階に来てはじめて相手側の経営体が相談者からクライアントに変わる（クライアントと表示する場合もあるが、本研究報告では“クライアント”と表示する）のである。（一社）中小企業診断協会のモデル契約書を参考として、必要となる契約内容について以下に示す。

経営診断委託契約

1．契約当事者	9．責任・損害賠償
2．契約期間	10．外部機関の協力
3．契約金額	11．契約解除
4．契約金の支払	12．紛争解決
5．実施項目	13．記名・捺印
6．職務上の責任	
7．機密情報の取扱い	
8．報告の方法	その他

(2)診断

定量的実績分析・定性的機能分析（内部環境分析）

この段階になってはじめて経営体の内部に入り、調査に着手することになる。調査・分析に必要な資料（決算書類等の財務資料、組織・人事に関する資料、利用者募集のパンフレット、予備診断調査票）は着手前に準備しておく必要がある。

1)定量的実績分析

定量的実績分析の第1ステップは、「財務諸表分析」である。社会福祉法人や医療法人など公益性の高い組織であれば公認会計士の法定監査を受けているため信頼性は高いが、株式会社などの一般法人で介護ビジネスを展開している経営体は、中小企業の規模であれば会計監査の必要性なく、信頼性を欠いている財務資料もあるために注意が必要である。

一般企業の経営診断であれば、「収益性」「生産性」「安全性」に分けた財務分析を行うのであるが、介護ビジネスにあたっては、同様の財務分析を行う必要がある。また、計算された財務指標にあたっては、TKCの経営指標「BAST」などとの比較・検討することが望ましい。中小企業診断士にとって財務指標ごとの説明は不要と思われるため省略するが、経営分析表の一例を以下に示す。

分析項目		分析比率			対前年比	比較指標	評価					
		年度	年度	年度			悪	不良	普通	良	優	
収益性	総資本経常利益率		%	%	%	%	○	○	○	○	○	
	資本 回 転 率	総資本回転率	回	回	回	回	○	○	○	○	○	
		回 転 率	売上債権	回	回	回	回	○	○	○	○	○
			固定資産	回	回	回	回	○	○	○	○	○
			買入債務	回	回	回	回	○	○	○	○	○
	売上 高 利 益 率	売上高営業利益率		%	%	%	%	○	○	○	○	○
		売上高経常利益率		%	%	%	%	○	○	○	○	○
		対 売 上 高	付加価値	%	%	%	%	○	○	○	○	○
			販売費・管理費	%	%	%	%	○	○	○	○	○
		支払利息	%	%	%	%	○	○	○	○	○	
期末従業員数		人	人	人	人	○	○	○	○	○		
生産性	1人当たり売上高		千円	千円	千円	千円	○	○	○	○	○	
	1人当たり付加価値		千円	千円	千円	千円	○	○	○	○	○	
	1人当たり人件費		千円	千円	千円	千円	○	○	○	○	○	
	付加価値率		%	%	%	%	○	○	○	○	○	
	労働分配率		%	%	%	%	○	○	○	○	○	
安全性	流動比率		%	%	%	%	○	○	○	○	○	
	固定長期適合率		%	%	%	%	○	○	○	○	○	
	自己資本比率		%	%	%	%	○	○	○	○	○	
	安全余裕率		%	%	%	%	○	○	○	○	○	
分析 の 検 討	(改善課題)		(改善課題)			(改善課題)						

図表 4-3 経営分析表（例）

2)定性的機能分析

「定性的機能分析」とは、経営資源に関する分析である。「経営資源」と一言でいっても、それには、「人」に関する資源、「製品・サービス」に関する資源、「資金」に関する資源という切り口もあれば、知的資産経営に示されるような、「人的資産」「構造資産」「関係資産」といった切り口も考えられる。本調査研究事業では、定性的要因を、「a.経営基本」「b.サービス・オペレーションに関する分析」「c.人事・組織に関する分析」「d.顧客（利用者）に関する分析」に分けて考察する。

項目	内容	ポイント
a.経営基本	経営理念・基本方針は制定されているか	経営者の考え方を知る
	経営目標は設定されているか	ビジョン経営
	年度別の方針は確立されているか	年度別経営方針
	社会的責任を自覚しているか	C S R
	中期的な事業計画は策定されているか	中期事業（経営）計画
	年度別の事業計画は策定されているか	単年度事業（経営）計画
	自事業所の経営課題を客観的に把握しているか	S W O T分析
	外部環境の変化に対応できているか	P E S T分析
	同業事業所の動向に注目しているか	他社分析
b.サービス・オペレーション	介護サービスの提供は法律に適合しているか	コンプライアンス
	利用者のニーズとサービスの内容は合致しているか	介護サービス内容
	利用者に対する正当なサービスの提供はできているか	顧客満足度
	受給資格等の確認は適切であるか	利用者の管理
	要介護認定の申請が適切であるか	利用者の管理
	利用者の心身の状態は適切に把握しているか	利用者の管理
	利用者のクレーム等に対し適切に対応しているか	利用者の管理
	サービスの提供は計画に基づいたものとなっているか	介護計画書
c.人事・組織	スタッフは介護職員としての自覚を理解しているか	働き甲斐
	従業員満足を重要視しているか	E S
	人事や労務の方針がスタッフに浸透しているか	経営方針
	人事・労務のルールが制定されているか	
	組織的な事業運営がなされているか	
	業務の負荷に極端なバラつきはないか	
	役割分担・業務分掌が適切になされているか	

d. 顧客	利用者の満足度について調査しているか	C S
	利用者の家族に対する満足度が高いか	C S
	ケアマネジャーとの連絡を密にしているか	マーケティング
	利用者を増やす取り組みを行っているか	マーケティング
	事業所のアピールを外部に対して行っているか	マーケティング

経営環境変化要因の分析（外部環境分析）

「診断」の2番目の項目は「外部環境要因分析」である。いくら事業所内部のクオリティを高めたとしても、様々な外部要因の変化に事業所として対応していかなければならないのは、介護ビジネスも同様である。むしろ、介護ビジネスを取り巻く経営環境も年々大きく変化していることは2章、3章で述べてきたことである。本項では、外部環境の切り口について企業診断や事業調査において活用されているPEST分析とファイブ・フォース分析を紹介する。

1) PEST分析

PEST分析は、外部環境をマクロ的視点から分析する手法である。PはPolitics（政治）、EはEconomics（経済）、SはSocial（社会）、TはTechnology（技術）をそれぞれ表す。それぞれの具体的内容の一例を下図に示す。

P（政治的要因）	E（経済的要因）
<ul style="list-style-type: none"> ・ 法律の改正（介護保険法の改正） ・ 税制の改正 ・ 政権交代、政策の転換 ・ 規制の緩和 ・ 外交、為替の変動 ・ 施策、政策 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 景気変動（景気動向指数） ・ 価格動向（物価指数） ・ 経済成長（GDP成長率） ・ 株価、金利、為替
S（社会的要因）	T（技術的要因）
<ul style="list-style-type: none"> ・ 人口動態 ・ 国民生活白書 ・ 厚生労働白書 ・ 各分野の団体から出る資料 ・ 国民の生活スタイル 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 通信技術、情報技術（IT） ・ エネルギー問題（原子力、太陽光） ・ 環境問題（CO2） ・ バイオテクノロジー ・ 医療、介護技術 ・ 宇宙、航空、船舶 ・ クラウド

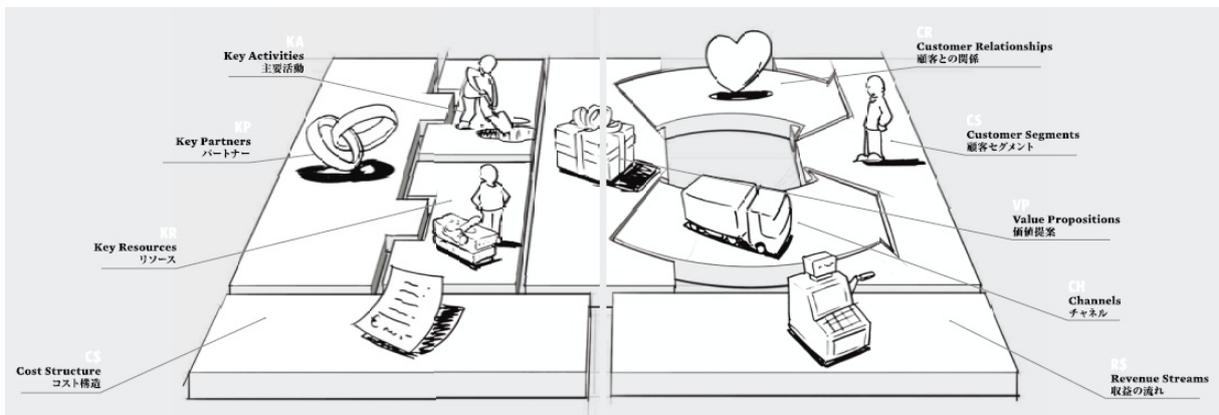
2) ファイブ・フォース分析

ファイブ・フォース分析とは、業界内の競争環境を分析するツールであり、ハーバード大学のマイケル・ポーター教授によって発表された。ファイブ（5つ）の競争要因を下記に示す。介護ビジネスにおいては、業界内競争が激化していることもあり、また拡大するマーケットに異業種からの参入が続いていることもあり、ファイブ・フォース分析は有効である。

- a. 新規参入業者の脅威（介護ビジネスへの参入障壁の高さ）
- b. 業界内競争の程度（介護ビジネス業界内競争）
- c. 代替品の脅威（同機能だが製品・サービスは異なるサービス）
- d. 売り手の交渉力（供給者：介護用品、介護労働力など）
- e. 買い手の交渉力（利用者およびその家族）

ビジネスモデル（見える化）

「ビジネスモデル」とは、「どのように価値を創造し、顧客に届けるかを論理的に記述したもの」と定義される（ビジネスモデル・ジェネレーション アレックス・オスターワルダール&イヴ・ピニユール著 翔泳社）。これまで個別に外部環境や内部環境について行ってきた個々の分析を1つのキャンバスにまとめたものが、ビジネスモデル・キャンバスとなる。詳細は同書を参考いただくとし、キャンバスに描かれる9つの要素について解説したい。



- 1 顧客セグメント「誰のために価値を創造するのか？最も重要な顧客は誰なのか」
- 2 価値提案「顧客にどんな価値を提供するのか？どういった問題の解決を手助けするのか？」
- 3 チャンネル「どのチャンネルを通じて、顧客セグメントにリーチしたいか。今はどのようにリーチしているのか」
- 4 顧客との関係「どんな顧客をすでに構築したのか。どれくらいのコストがかかるのか。他の要素とどう統合されるのか」
- 5 収益の流れ「顧客はどんな価値にお金を払おうとするのか。全体の収益に対し、個々の収益がどれくらい貢献しているのか」
- 6 リソース「価値を提案するのに必要なリソースは何だろうか。流通チャンネルや顧客との関係、収益の流れに対してはどうか」
- 7 主要活動「価値を提案するのに主要な活動は何なのか？」
- 8 パートナー「主要なパートナーは誰だろうか。どのリソースをパートナーから得ているのか？」
- 9 コスト構造「ビジネスモデルにおいて特有の最も重要なコストは何だろうか？」 ビジネスモデル・ジェネレーションより抜粋

経営課題の抽出

「分析」の次は、「経営課題の抽出」である。種々の分析手法を用いて様々な角度から経営体を見通すと、何となく事業運営における「キーポイント」が見えてくる。「経営課題の抽出」には、バランス・スコアカード（BSC）による切り口が有効ではないかと思われる。BSCは「財務の視点」「顧客（利用者）の視点」「内部プロセスの視点」「学習と成長の視点」の4つの視点から具体的な戦略を導き出すものであり、それがバランスされていることがポイントである。すなわち、「財務と非財務のバランス」「短期と長期のバランス」「外部と内部のバランス」「結果とプロセスのバランス」の4つのバランスを意識している。また、「戦略マップ」と呼ばれる課題の相関図を図示することは今後のアクションプランを形成するうえで有効なツールになってくる。介護ビジネスにおける「戦略マップ」の例を下図に示す。

ビジョン	一人ひとりが充実した生活を送るための視点を重視した施設づくり		
戦略	利用者の満足度向上、地域からの信頼性向上を目標に 人材の育成を図り、組織としての活性化と業務の効率化に努める。		
区分	戦略マップ	経営課題	重要成功要因
利用者 （顧客） の視点	利用者満足度の向上	利用者満足度の向上	不満足の原因分析
	地域的連携の促進	サービスの質的向上	利用率のアップ
	サービスの質的向上	地域的連携の促進	地域との交流
財務の視点	安定した財務基盤	財務基盤安定	事業利益の確保
	収益性の向上	財務体質の改善	人件費率の維持
	収益性の向上	収益性の向上	保険外サービス
内部プロセスの 視点	介護サービス品質	介護サービス品質	マニュアル整備
	業務の効率化	業務効率化	生産性向上
	リスク回避・安全性の向上	リスク回避・安全性	ヒヤリハット共有
学習と成長の 視点	知識の向上	知識の向上	定期的勉強会
	組織風土の活性化	組織風土の活性化	目標管理制度
	リスク管理の徹底	リスク管理の徹底	リスクマネジメント

経営改善・経営革新の提言

課題発見プロセスの最後が、「経営改善・経営革新の提言」である。ここまでで経営課題を抽出した。これを具体的アクションに結び付けるための具体的な提案を行うことが必要となる。上記BSCの観点からは、「学習・成長の視点」「内部プロセスの視点」「財務の視点」からは改善提案がなされるであろうし、「顧客（利用者）の視点」からは、経営革新の提案がなされることが考えられる。具体的な提案内容についての例を下図にまとめてみた。

提案	提案内容
経営改善提案	<ul style="list-style-type: none">・リスク管理マニュアルの整備（リスクマネジメントの再整備）・目標管理制度の導入（組織目標と個人目標の一致）・定例的勉強会の開催（介護知識レベルの向上）・ヒヤリハット事例の共有（安全性の向上）・生産性向上目標設定（業務の効率化）・サービスマニュアルの改訂（介護サービス品質の向上）・地域との交流イベント（地域連携の促進）・利用者満足度調査の実施（利用者満足度の向上）・利用者クレームの収集（利用者満足度の向上）
経営革新提案	<ul style="list-style-type: none">・保険外サービスの実施（収益性の向上）・食事のおいしさの追求（利用者満足度の向上）・理容・美容の促進（利用者満足度の向上）・施設内アカデミーの開催（利用者の機能回復）・最新介護機器の導入（サービス負荷の削減、人件費の削減）・IT機器の導入（利用者管理の徹底）

3. 課題解決プロセス

前半の「課題発見プロセス」では、専門的診断スキルや経営知識をもった第三者としての立場が強かった。このステップからは、よりクライアントに近い立場で今後の戦略や戦術を組み立てていくプロセスになる。ここでは、実際の介護ビジネスの経営において「実践される」ことが重要であり、提言よりも介護ビジネス経営者の「やる気」を引き出すものでなくてはならない。

(1) 実行計画の立案

経営理念の再確認

前項の「内部環境分析」の中の「定性的機能分析」においても、「経営理念・基本方針は制定されているか」という項目により、介護ビジネス経営者の基本的な考え方を確認することを重要視した。ここで、経営理念の重要性について改めて確認したい。介護ビジネスという社会的存在意義の高いビジネスを展開するからには、そこに「利益」ではない、目的や価値観が必ずやあるはずである。1995年に発刊された「ビジョナリー・カンパニー（ジェームズ・C・コリンズ/ジェリー・I・ポラス）」には、「基本理念」として次のように定義されている。

基本理念 = 基本的価値観 + 目的

基本的価値観 = 組織にとって不可欠で不変の主義。いくつかの一般的な指導原理からなり、文化や経営手法と混同してはならず、利益の追求や目先の事情のために曲げてはならない。

目的 = 単なる金儲けを超えた会社の根本的な存在理由。地平線の上に永遠に輝き続ける道しるべとなる星であり、個々の目標や事業戦略（戦術）と混同してはならない。

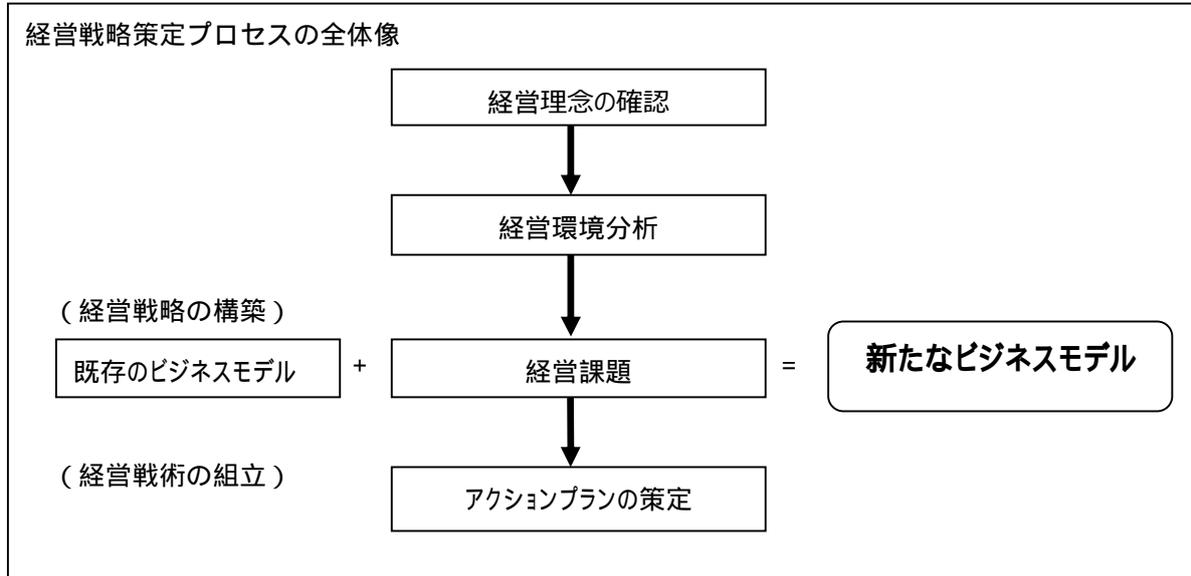
また、同書では、この基本理念を「文書化」することの重要性が述べられている。中小企業診断士としても、「経営理念」が単なるお題目やキャッチフレーズではないことを充分理解したうえで戦略構築に臨むべきである。

もし、診断を行ったクライアントに「経営理念」が存在しない場合、経営者と共に「策定する」ことも重要であろう。決して実務的な改善提案でなく、即効性は無いが、この経営のベースとなる部分を経営者とともに構築することは信頼感を高めることにもつながり、長期的な関係性を維持する結果にもなる可能性が高いことを確認されたい。さらには、現状ある「経営理念」が「額に入ったお題目」になっており従業員が理解していないことも少なくない。そうしたクライアントに対しては、「経営理念の見える化」が必要である。クレド（企業の信条や行動指針を簡潔に記したカードなど）の導入支援なども診断士が提案できる領域である。経営者の基本的考え方 = 経営理念を従業員

員一人ひとりが理解し、その考え方に基づいて行動している企業ほど強いものはない。人材育成の根幹にも関わってくることである。

経営戦略の策定

ここで、「経営戦略の策定」のプロセスについて改めて確認しておきたい。



上記プロセスでも確認した通り、「経営戦略の策定」とは、既存のビジネスモデルに経営課題を加えて新たなビジネスモデルを構築することとなる。

では、「経営戦略」の要素はどのようなものであるか。具体的には、

- 1) 基本的方向性
- 2) セグメンテーション (どの分野で勝負するか)
- 3) ターゲティング (どのような利用者を想定するか)
- 4) ポジショニング (業界の中でどのような位置づけか)
- 5) マーケティングミックス (具体的な施策 アクションプランへ)

の5つの観点から考察する。

1) 基本的方向性

基本的方向性を考える際に、中長期的視点をもった経営戦略を立案する場合に一般的に用いられる戦略として、「ポーターの4つの基本戦略」がある。戦略を構築するに際して、「対象とするターゲットの大きさ」と「競争優位のタイプ(自社の強みの種類)」を2つの軸としたマトリックスで基本的方向性を得ることである。一般的ではあるが、事業所の規模が大きいほどターゲットの幅は広い。中小規模の事業所であれば、ターゲットの幅を狭く、特異性(差別化)を志向する基本戦略が採用される。

次ページの表を参照されたい。

		競争優位のタイプ	
		他事業所よりも低いコスト	顧客が認める特異性
ターゲットの幅	広い	コストリーダーシップ戦略	差別化戦略
		業界全体の広い市場をターゲットとして他の事業所よりも低いコストを武器に競争する戦略	サービスの品質、幅、提供方法、人材などの違いを武器に競争相手よりも優位に立つ戦略
	狭い	集中戦略	
		コスト集中戦略	差別化集中戦略
	特定の狭い市場で競争相手よりもコスト優位に立つ競争する戦略	特定の狭い市場において差別化で競争優位に立つ戦略	

図表 4-4 基本戦略のフレーム

2)セグメンテーション

セグメンテーションとは、市場を特定の属性ごとの固まりに分ける作業である。市場を細分化し、自社の基本戦略に合う市場に対して効果的にアプローチするために必要なことである。介護ビジネスにおいては、第1章後半部分にその種類が提示されており、「市町村が指定・監督を行うサービス」「都道府県・政令市・中核市が指定・監督を行うサービス」という切り口と、「介護給付を行うサービス」「予防給付を行うサービス」という切り口に分けられ、「居宅サービス」「施設サービス」、さらに細分化すると「訪問サービス」「通所サービス」「短期入所サービス」「施設サービス」に細分化されることが分かる。

3)ターゲティング

ターゲティングとは、その名のとおりに「標的市場」となる市場の選択である。「セグメンテーション」において細分化されたセグメントの中から自事業所にマッチした市場や、強みが活かせる市場、競争環境の少ない市場などを選択していくのである。複数の分野に重なる場合も多い。ターゲティングの注意点としては、その市場の魅力度が高いから選択するのではなく、自社の経営理念や基本戦略に基づいて選択されなければならないことである。

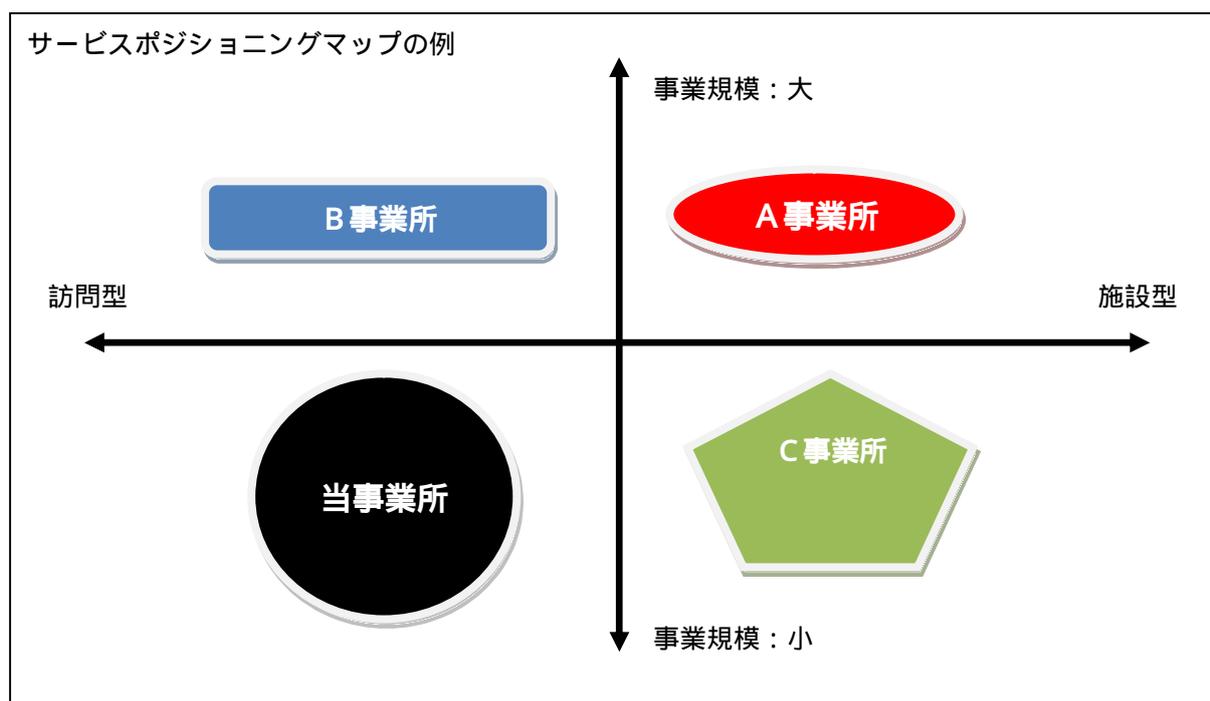
4)ポジショニング

ポジショニングは、介護ビジネスの場合「事業所のポジショニング」と「サービスのポジショニング」がある。「事業所のポジショニング」を示す。

図表 4-5 事業所のポジショニングと方向性

リーダー	市場や地域で .1。全方位（フルライン）戦略。下位の戦略をキャッチアップ
チャレンジャー	リーダーのサービス・チャネルなどに対し差別化を図る
フォロワー	経営資源の絞り込み。リーダー、チャレンジャーとの差別化を図る
ニッチャー	リーダーやチャレンジャーが入れない小さな特定市場に絞り込む

次に、「サービスのポジショニング」をポジショニングマップの事例で示す。



5) マーケティングミックス

「マーケティングミックス」とは、ターゲットになるセグメンテーションに対して働きかけるための、具体的なマーケティング施策である。具体的には、「サービス」「価格」「チャネル」「プロモーション」の4つの政策を具体的に検討することになる。「サービス」政策は、介護ビジネスを診断するに最も重要な課題である。サービスの質や程度により、事業所の性格が鮮明になる。

「価格」政策については、介護ビジネスの場合多くが保険サービスであるためあまり効果がない。しかしながら、「保険外サービス」の割合が大きくなるほど、「価格」政策も重要になってくることは否めない。また、「チャネル」に大きな影響を与えるのが、「ケアマネジャー」であることは前章でも述べた。ケアマネジャーとの関係性はことさらに重要である。「プロモーション」政策についても重要度は高い。利用者の確保を目的とし、施設の魅力や人材の魅力を効果的に伝えるためにメディアを活用したり、ホームページの充実を図ったりと、様々なプロモーション手段がとられている。

実行戦略の策定

「実行戦略」とは、前項で策定された経営戦略に基づいて日常の業務をどのように再構築していくかを示すシナリオである。実際に従業員一人ひとりの業務に落としこんでいく。経営戦略を絵に描いた餅に終わらせないためにも必要不可欠なものである。一人ひとりのサービスの質や業務運営の効率では悪くないのに、業績が上がらない悩みがよくあるものである。それは、「戦略を推進する力が弱い」ことに他ならない。

実行戦略のポイントの第一は、「目標と現状のギャップを把握し、分析する」ことである。例えば、

個人の目標設定がされている事業所で、その目標達成率が高い場合でも、組織の目標がなかなか達成できない場合があるとす。この場合、あるスタッフの業務と他のスタッフの業務に関連性がある場合に、その引継ぎや連携がとれていなければ、個人がどれだけ努力したとしても全体としての目標達成には至らないのである。反対にスタッフ間の連携が完璧でも、スタッフ一人ひとりの能力が高まらなければ、組織としてのパフォーマンスは高まらない。何がボトルネックなのかを業務の中で発見し、改善し、再構築していくことが「実行戦略」である。

実行計画

「実行計画」は「実行戦略」をより個別具体的に「アクション」に落としこむ作業である。ここでは、「KGI」「KPI」といった業績評価指標を活用する。

KGI = Key Goal Indicator : 目標や成果を数字で示したもの。収入目標、利用者数目標や財務指標目標など。

KPI = Key Performance Indicator : 目標を達成するために具体的に何をどれだけ実行するかを示す業務遂行上の指標である。

したがって、 $KGI = KPI \times KPI \times KPI \times \dots$ となると考えられる。

また、1つのKPIがさらにブレイクダウンして数個のKPIに分割される。一つ一つのKPIがKGIに影響を与えるために重回帰分析を行い、KPI同士の因果関係を分析することも重要である。以下に、介護ビジネスにおけるKPIの例を示す。

財務の視点	顧客（利用者）の視点
<ul style="list-style-type: none"> ・ 資産利益率 ・ 売上高利益率 ・ キャッシュフロー ・ 労働生産性 ・ 労働分配率 ・ 収入伸び率 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 利用者数伸び率 ・ 利用者満足度 ・ 利用者定着率 ・ 家族満足度 ・ クレーム件数 ・ 新サービス数
業務プロセスの視点	学習・成長の視点
<ul style="list-style-type: none"> ・ 少人数化 ・ 業務スピード ・ 業務連携度 ・ サービス満足度 ・ ヒヤリハット件数 ・ 情報共有度 ・ 改善実施度 	<ul style="list-style-type: none"> ・ 従業員定着率 ・ 従業員離職率 ・ IT装備度 ・ 従業員満足度 ・ 資格取得率 ・ 研修参加者数 ・ 改善提案件数

(2)実行の支援（個別コンサルティング）

本章の最後に、中小企業診断士として戦略策定後の個別コンサルティングとして関わることの可能性の高いコンサルティングをいくつか紹介し、その具体的手順について考察を行った。本項に上げた以外にも財務などにかかわる個別コンサルティングも考えられるが、介護ビジネスにより必要とされるものに絞り込んで考察を試みた。

中期ビジョン・行動計画作成コンサルティング

1)中期ビジョンの作成

「中期ビジョン」とは、事業所が「経営理念」を基にし、「行動方針」を共有したうえで、3年後から5年後にどのようにあるべきかを「目標化」したものである。介護ビジネスには、3年から5年に一度は介護保険法や介護報酬の見直しがあることは既に述べた。したがって、いかに社会貢献度を高め、いかに真面目に正しく行動したとしても外部環境の変化に対応するためには、事業所としての「ビジョン」「目標」をしっかりとったうえで事業を進めていかなければならない。今後伸ばしていく分野、あるいは新たに挑戦していく分野、それに見合った組織展開・事業規模を模索していかなければならない。以下に中期ビジョンの例を示す。

	項目	2015年（H27年）	2016年（H28年）	2017年（H29年）
法人・特養	経営環境（行政制度他）	介護保険法の改正		
		第200園の検討開始	第200園の建設開始	第200園のオープン
	伸ばす分野（既存事業）	看取の強化維持・・・正着の確保と育成		
		公文式学習療法の展開（出張形式）		
	挑戦する分野（新規事業）	サービス付き高齢者向け住宅の研究		
組織展開・事業規模	正職員は現状		第200園で新採用	
デイサービス	伸ばす分野（既存事業）	第2デイサービスの検討	第2デイサービスの計画	第2デイサービスのオープン
	挑戦する分野（新規事業）	公文式学習療法の展開（出張形式）		
	組織展開・事業規模	正職員は現状		第2デイサービスオープン時に採用
居宅	伸ばす分野（既存事業）	ヘルパー養成講座の継続によるヘルパーの確保と育成		
		学習療法による利用者情報をケアマネにつなげ、利用者件数の増加を図る		
	挑戦する分野（新規事業）	介護部門として障がいヘルパーを育成	障がいヘルパー事業所を設立	
	組織展開・事業規模			ケアマネ2名の追加

また、上記のような中期ビジョンを作成するためには、SWOT分析が有効であるが、事業所の職員などにいきなりSWOT分析をやらせても4つに分けることが頭にあるとなかなか十分な分析にならないことが多い。そのため、ここでは簡略化したAD分析を紹介する。AD分析は、A（Advantage）とD（disadvantage）の2種類に分類する方法で「いい」「わるい」、「プラス」「マイナス」、「長所」「短所」のように非常に分かりやすい。最終的にSWOTに分類すればよいのである。

また、AD分析の発想をより分かりやすくするために強制発想法があり、「ヒト、モノ、カネなどの切り口による経営資源別発想」や「現在・未来の切り口による時系列別発想」、「重要度別発想」などがある。

教育カリキュラム作成コンサルティング

介護ビジネスに、「人材育成」の観点はつきものである。すなわち、ケアマネジャーや介護福祉士、ホームヘルパーなどの専門資格取得だけでなく、サービスの質や職業倫理の醸成なども必要不可欠なことである。

定着率が問題となっていることは第3章でも考察した。こうした介護業界で、従業員に将来を見据えてビジョンをもって業務に取り組んでももらうためには、「何年後には、どのような職務能力が身につくか、それが賃金にどう反映されるか」が明示されていなければならない。何年後に何等級でどのような内容の仕事ができるといった「職務要件書」に沿った教育カリキュラムの作成は、中長期的な事業計画にもリンクされていることが望ましい。

1) 経験年数別・役職別教育計画の例

役職 経験年数	習得する課題（一例）	研修内容	
		OJT（職場内）	OFF-JT（職場外）
入所 1年未満	基本マナー	接遇研修・・・年2回（社内講師） 教育係による指導・・・随時	外部勉強会に参加（地元会議所）
	基本的知識の習得	DVD・業務手順書からレポート提出	外部専門研修（業界）
		拘束体験	
		教育係による指導	
実務 1年～3年	介護福祉士の資格取得	内部職員による講義	外部教育機関での模擬試験
	カイゼン活動	カイゼン委員会に参加	
	サービス計画の作成	ケアプラン作成、CMからの指導	
	新人職員の教育	教育係として新人を指導	中堅職員研修に参加
	マナーの実践	教育係として新人を指導	外部勉強会に参加
	専門性の習得		認知症研修への参加
	職員研修で研究発表	毎月の職員研修で発表	
実務 3年～5年	介護支援専門員の資格取得	ケアマネ合格塾への参加	模擬試験の受験
	カイゼン活動	カイゼン委員会をまとめる	
	人事考課	評価面談・・・年2回	
	サービス計画の作成	ケアプラン作成、CMからのアドバイス	
	新人職員の教育	教育係として新人を指導	
	マナーの実践	教育係として新人を指導	
	専門性の習得		認知症研修への参加
	職員研修で研究発表	毎月の職員研修で発表	
入職 5年以上 及び 主任クラス	高度な専門的知識の習得		老協協職員研修会で発表
			主任介護支援専門員研修
			各種の認知症研修への参加
	介護支援専門員の資格取得		各種リスクマネジメント研修
	職員指導・研修のための 知識・技術	ケアマネ合格塾の講師	模擬試験の受験
			福祉施設指導職員研修会に参加
	人材育成	人事考課	看護協会主催の研修会参加
		内部講師	指導者研修受講
	コーチング教育	DVD視聴、反省会	コーチング研修参加
	勤務表マネジメント	就業規則、介護保険の把握	
サービス計画の指導	計画についての指導		

目標管理制度導入コンサルティング

1)介護事業所に目標管理制度が必要な理由

- 介護保険制度の改定により、厳しい事業所運営を余儀なくされ、経営貢献の人事評価が求められる。
- トップダウンの指示型マネジメントから、自律性の高いボトムアップ型マネジメントが求められるようになった。
- 業界の成熟度が高まり、業績指標・評価指標などがより明確になってきたこと。

2)介護事業所の目標管理制度がうまくいかない理由

- 成果目標が設定しにくく、目標設定が「資格取得」「基本動作」集中する。
- 目標の対象者が「個人評価」に限定され、チームとしての成果評価になっていない。
- 目標設定段階で部門間の責任者の認識にバラつきがある。
- 介護の現場に数値目標はふさわしくないという空気が未だ蔓延している。
- 評価者の教育が十分にはなされていないこと。
- 個人能力の格差が大きく、モチベーションが高まらない。

3)介護事業所にふさわしい【チーム目標管理制度】の成功ポイント

- 個人目標に限定せず、チームの目標・部門目標を共有する。
- チームとしての満足度向上が利用者満足度向上につながる。
- チームとしての品質・職能レベル向上が利用者満足度につながる。
- チームとしての業務改善によるコストダウン・効率化が利用者満足度につながる。
- チームとしての目標管理が、事業所の経営の向上につながる。

4)チーム目標管理シートの一例

チームリーダー			部門名			
チームメンバー			担当者			
部門方針						
チーム目標の概要						
他部門との連携項目						
		目標の内容	評価基準	期限	スケジュール	評価者評価
チーム共通目標	利用者満足度向上	1				
		2				
	技術知識能力向上	1				
		2				
	現場カイゼン	1				
		2				

参考文献：経営コンサルティング第4版 ILO/ミラン・クーバー編著 生産性出版

中小企業経営診断の実務 安田弘・大坂吉文・志賀公治著 TAC出版

介護事業経営コンサルティング・マニュアル 嶋田利広・すずき佳久著 マネジメント社

ビジネスモデル・ジェネレーション アレックス・オスターワルダー&

イヴ・ピニユール著翔泳社

ビジョナリー・カンパニー ジェームズ・C・コリンズ/ジェリー・I・ポラス著

日経BP

戦略的マーケティング 竹永亮著 山口正浩編著 同文館出版

第5章 介護ビジネス経営支援に対する中小企業診断士の役割

1. 企業支援に求められる中小企業診断士の役割

(1) 中小企業診断士と中小企業支援

中小企業診断士は、中小企業の成長戦略策定やその実行のためのアドバイスを主な業務としており、同時に中小企業と行政・金融機関等を繋ぐパイプ役、また、専門的知識を活用しての中小企業施策の適切な活用支援等幅広い活動が求められている。

中小企業支援法では「経営の診断及び経営に関する助言」とされており、「現状分析を踏まえた企業の成長戦略のアドバイス」が主な業務となっている。

中小企業診断士の役割は、まず企業の成長戦略の策定について専門的知識をもってアドバイスを行い、策定した成長戦略を実行するに当たって具体的な経営計画を立て、その実績やその後の経営環境の変化を踏まえた支援も行う。このため、中小企業診断士は、専門的知識の活用とともに、企業と行政、企業と金融機関等のパイプ役、中小企業への施策の適切な活用支援まで、幅広い活動に対応できるような知識や能力が求められている。

このように中小企業診断士は文字通り中小企業の最終目的である、企業の継続的存続と株主、経営者、従業員の経済的利益の向上に向けてのアドバイスを行うために存在していると言える。

(2) 中小企業診断士と介護ビジネス支援

ところで、介護ビジネスに対する中小企業診断士の役割は上記の中小企業に対するものと同じであろうか。前章までで述べられているように、介護ビジネス経営は一般の中小企業経営と比べて大きな違いがある。例えば「経営形態」「収益構造」「特殊な会計制度」「法律に基づくサービス内容」「人員配置の基準」などの事項については一般の中小企業経営にはないものであり、また介護ビジネスの最終目的も出資者、経営者によって一律ではないと考えられる。

このような状況で我々中小企業診断士が介護ビジネスの支援に対応していくためには、従来の中小企業支援の知識・経験だけではとうてい対応が不可能と思われる。

実際に個別の介護施設の診断や支援に取りかかる前にまず必要なことは、介護ビジネス制度全体の理解と各種法律・規制に関する基本的知識の学習、さらに介護ビジネスの現場実態の把握が必要である。これらの事項については第1章～第3章に詳述されているのでここでは触れないが、いずれにしてもこれらの事項を十分に理解しないまま、介護ビジネス支援を中小企業支援の延長線上にあると考えたと、適切なアドバイスをすることはできないと思われる。

しかしながら、介護ビジネスといえども一種の「サービス業」であり、利用者のニーズを満たすという観点では、市場に選ばれる立場にある。したがって、中小企業支援の知識や経験をもった中小企

業診断士の介護ビジネスに対する役割も十分にあると言えるのである。前項でも述べたように、中小企業の最終目的である企業の継続的存続と株主、経営者、社員の経済的利益の向上については、経営形態の違いや経営目的が異なっても、介護ビジネスにおいても当然求められるものであり、介護ビジネスの特殊性を理解したうえでの企業経営の観点からのアドバイスは、まさに介護ビジネス経営者にとって一番求めているものであろう。

2. 介護ビジネス支援の取り組み

(1) 支援の切り口

さて実際に介護ビジネスに対して支援を実施する場合の基本となるものであるが、前項に述べたように介護ビジネスを理解しているという前提の下で、企業経営支援の視点でのアドバイスを行うこととなり、この部分はなんら従来の企業支援と変わらないと考える。

すなわち経営の基本である「人」「物」「金」(最近はプラス「情報」)について、個別の介護ビジネスの経営体ごとに調査・分析し、アドバイスを行い、計画立案のサポートをし、その実績やその後の経営環境の変化を踏まえた支援も行うということになる。

ただくどいようだが、介護ビジネスの特殊性を考慮したアドバイスでないと有効なものにならないということである。

介護ビジネスの「基礎知識」「現状」「課題」「診断マニュアル」は前章までに記されているので、以下では「人」「物」「金」「情報」の各支援の切り口について、中小企業診断士としての基本的な視点の持ち方について述べていく。

(2) 「人」に関する支援

「人」に関する問題は介護ビジネス経営者にとって最も頭を悩ませている問題の一つであろう。

介護ビジネスの「人」に関する主な問題点には「低賃金」「重労働」「低い定着率」「管理部門の育成」などが挙げられる。

「低賃金」については、介護保険制度設計上、改善はなかなか困難だが、一定水準は保たれている。賃金レベルについては、介護保険収入に頼る産業である以上如何ともしがたいのが現状である。

「重労働」の問題は、サービスの質を向上させようとすれば際限無く過酷にはなっていくが、介護ビジネスもビジネスである以上効率化は求められる。質と量、スピードなど、様々な因子が組み合わさって、結果重労働に繋がっているのが現状である。また、近年は介護ロボットなどの開発がなされており、技術面の活用も期待される。

「低い定着率」については、上記2点の問題点と密接に関係している。ただ流動化した人材が他の産業に流れているかという点、そうでもなく、介護ビジネス業界のなかでの離職・入職が多いのが現状である。

「管理部門の育成」については、介護産業には、管理部門の人材にマネジメントの経験がない、もしくは教育を受けていないケースが多い。ここが機能していないため、自らの「人」「物」「金」「情報」の問題について解決のしようがない状況になっている。

いずれの問題も最終的には収益状況いかによるところが大きく影響されるのはやむを得ない。しかし限られた総人件費枠内での効果的な給与制度の構築や、法定の人員配置や勤務体制を勘案した上での効率的な勤務体制作りが求められている。

また「管理部門の育成」については「評価制度」や「キャリアパス」の仕組みが未整備のところが多く、整備が急がれる。これらの仕組作りには介護ビジネス特有の規制はないが、介護業界内での人材の流動化という特殊性を踏まえたうえで、施設ごとの状況を見据えた仕組作りが必要である。

「人」に関する支援の最大の関心事は、こうした労働環境の中で働く職員の「モチベーション」を高めることである。当然のごとく、介護ビジネス経営は「サービス業」であることから、「人」が中心となる労働集約的産業である。したがって、働く職員の「モチベーション」を高めることが、サービスの質を高め、結果的に介護ビジネス経営をより円滑に進めるものとなると考えられる。

また、サービス業において「顧客満足度」を高めるために、その前提条件として「従業員満足度(ここでは職員満足度としておく)」を高めることが近道であることは中小企業診断士として心得ておくべきことである。「職員満足度」を高めるためには、「インターナルマーケティング」の観点をもつものが重要である。

インターナルマーケティングとは

企業が顧客へ行う一般的なマーケティングとは異なり、企業が従業員に対して行うマーケティングのこと。企業内の従業員をあたかも顧客のように考えて、そのニーズに応じた仕事の提供を目指すこと、またそれに伴う組織の成果向上を主要な目的とする。従業員が仕事に誇りを持てば自然と質の高いサービスが提供されるようになり、顧客満足度を高め、そのことでリピーターが増え、最終的には企業の利益につながるという考え方に基いている。そのため経営者側は、顧客満足を重視した経営方針を明確に示し、サービス精神の高い従業員を育てることが大切となる。同時に社内報や社内会議などで情報を共有し、組織への理解を深めることで離職率の低下を目指すことや、報酬や評価制度を確立して高いモチベーションを与えることも求められる。

(3)「物」に関する支援

介護ビジネスにとっての「物」は、「生産物」でも「販売商品」でもなく、「介護」という「サービス」である。介護ビジネスの「サービス」は、前章までに述べられているように法律等で様々な規制に縛られており、一般企業のように新たなサービスを作り出して、需要を喚起したり、新しい分野の

顧客を獲得したりという構図にはなりにくい業態である。

更に、介護ビジネスにおけるサービスには、以下のような特性がある。

「複数の顧客（利用者・家族）の多様なニーズに応える必要があること」

「サービスの内容を経営者や担当者が決定するのではなく、ケアマネジャー等他の職種と連携して決めていくこと」

「職員の仕事に対する使命感は強いが、非常勤職員も多く在籍し、サービスの質にばらつきがあること」

「（訪問系サービスの場合）サービスの提供場所が分散しており、それぞれにサービス提供の環境が異なること」

などが挙げられる。まとめると、

「複数の顧客が満足する、個人ごとの人生観にマッチしたサービスを、様々な場所と環境で、複数の担当者が、他職種との連携のもとに、（法律に定められた基準に基づき）安全・安心に提供すること」となる。

こうした、保険サービスの他に、「保険外サービス」も存在する。最も身近な例では、「食事」がそれにあたる。通所介護においては、管理栄養士等の栄養指導に基づいて施設内で温かい手づくりの食事を提供している施設もあれば、「仕出し弁当」に近い形で冷めた食事しか提供できない施設もある。利用者やその家族のニーズを満たすような保険外サービスが今後の介護ビジネス経営の「差別化」に結び付くことを、中小企業診断士としてアドバイスしていく必要がある。保険外サービスには、その他に、「家事全般」「来客対応」「電話取次」「付き添い」「保険外レクリエーション」などがある。

この前提をもとに考えると、中小企業診断士が介護ビジネスにおけるサービス内容の見直しやサービス活動のあり方そのものに対して支援・アドバイスすることは、高い専門性が求められ非常に難易度が高いということになる。

一方で中小企業診断士としては、新規利用者獲得のためのマーケティングや営業活動の進め方、提供するサービス内容の平準化手法についてのアドバイスは従来の活動に直結している。これらの項目は一般の企業への支援・アドバイスと基本的には異なるものではなく、一例を挙げれば、営業ツールに関して、「名刺」の形式から「ニュースレター」の作り方や「ケアマネジャーに対するプレゼンテーションやアピールの進め方」、更には「ホームページの作成支援」まで、いずれも中小企業診断士の関与可能な範囲であり、またサービス内容の平準化という課題に対しても、P（プラン）D（ドゥー）C（チェック）A（アクション）の手法を取り入れた支援も十分対応可能だと思われる。

また ISO9001（品質マネジメントシステム）認証取得への支援や、更に介護ビジネスの枠組みにとらわれず、他業種・異業種との連携・組み合わせへのアドバイスも中小企業診断士の役割として求められていくことになる。サービス品質に関しては、他業種からヒントが得られることも少なくない。

(4)「金」に関する支援

介護において、「金」(もしくは金儲け)という発想は最近まではタブーに近いように考えられていた。その意識は介護・福祉に長く携わっていた人ほど強い傾向にあるように思える。しかし介護ビジネスにおいて適正な利益を確保することは当たり前であり、それを原資に利用者のための改装や設備投資を行い、賃金アップによる職員待遇の改善を図っていかなければならないことは経営体として当然のことである。

介護ビジネスの収益構造を大きく俯瞰すると「収入が安定的(大幅な伸長も減少もない)」「人件費率が高い」の2点が特徴と言える。

単純にいうと「収入を伸ばし」「人件費を抑制しつつ有効に配分する」ということになるが、前記(2)「人」に関する支援、(3)「物」に関する支援で述べたように、様々な法令・規制によりその支援は容易ではない。

しかし介護ビジネスといえども、健全な財務体質への転換と適切な経営計画構築については、ビジネス継続の大前提であり、この分野に対する支援は中小企業診断士の最も重要な役割のひとつである。具体的な見直しの詳細についてはここでは記さないが、概略以下の観点からの診断が求められる。

売り上げ増加の要因 ...利用者数、ケアプラン数、サービス提供時間

支出抑制の要因 ...職員稼働状況、計画的な設備投資(減価償却費のコントロール)、事務費の内容の見直し

また中長期的な経営計画やビジネスモデルの構築に関して、SWOT分析、BSC(バランススコアカード)等の手法を活用することを中小企業診断士としては常に意識していきたい。

(5)「情報」に関する支援

情報発信とブランド戦略については、介護ビジネスにおいて最も遅れている分野といえる。原因はいうまでもなくこの業務に関する重要性の認識不足と、それに伴うマンパワーの欠如である。

現場の介護業務にまで関わる多忙な経営者にとっては、情報収集や情報発信といった業務には直接関係のない分野を疎かにしてしまうことも理解できる。しかし、だからこそこの分野にいち早く着手することによって他者との差別化や顧客の固定化を着実に進めることができる。また種々の情報発信によって優秀な人材の獲得にも大いに寄与することとなる。

情報発信の手段としては、テレビコマーシャルや新聞・雑誌の広告と言った高額な費用のかかるものではなく、ホームページ、フェイスブック、ツイッター、ブログ等多様で安価なツールが存在し、やや専門性が高いが中小企業診断士としてのアドバイスが必要とされる分野である。

また介護ビジネスにおけるブランド戦略を練っている施設は皆無に近いと言っていいであろう。しかし中小企業診断士としてその重要性和意義を経営者に伝え、取組みに着手してもらうことは介護ビジネスの長期的な存続のために必要なことである。

3. 「高品質の介護ビジネス」実現へ向けて

前項までに述べたように介護ビジネスは種々の法律や規制にしばられており、当然ながらそれらの枠組みを超えた経営活動は不可能であり、中小企業診断士のアドバイスも限定的なものとなるのはやむを得ない。

しかしそれらの枠組みの内であっても、「利用者・家族の十分な満足」、「職員の高いモチベーション」、「地域・行政との良好な関係」、「長期持続可能な収益構造の確保」など高品質の介護ビジネスに向けての経営改善の余地は大いにあると思われる。

中小企業診断士の各分野の知見を集中することによってその実現も可能なものとなると確信する。

最後に、介護ビジネスも利益あってこそその「ビジネス」ではあるが、その根底には「社会福祉に対する理念や思い」があることが必要であり、我々中小企業診断士もこの「理念や思い」を共有しつつ支援を行うことが最も重要であろう。

参考 介護ビジネスで活用できる各種助成金・補助金

<採用を考えているとき>

助成金の種類	概要	最大支給額
トライアル雇用奨励金	特定の求職者を一定期間、試用雇用して、雇用の機会を創出した時	12万円 / 人
特定就職困難者雇用開発助成金	母子家庭の母や60歳以上の高齢者などの特定就職困難者を、雇入れた時	240万円
高齢者雇用開発特別奨励金	65歳以上の高齢者を雇入れた時	90万円

<福祉機器の購入、職場・労働環境の整備を考えているとき>

助成金の種類	概要	最大支給額
中小企業労働環境向上助成金... 介護福祉機器等の購入	介護労働者の身体的負担を軽減するために、新たに介護福祉機器を導入した場合	購入額の2分の1 (上限300万円)
中小企業労働環境向上助成金... 雇用管理制度導入	評価処遇制度、研修体系制度、健康管理など雇用管理改善につながる制度等を導入した場合	40万円

<パートタイマー等の有期雇用社員の活用を考えているとき>

「キャリアアップ助成金」

助成金の種類	概要	最大支給額
正規雇用転換コース	正社員へ転換するための制度を導入し、実際に1人以上転換させた事業主	50万円/人
処遇改善コース	パート社員等有期雇用者の賃金を増額した事業主	1万円/人
人材育成コース	パート社員等有期雇用者にオフJTまたはオンJTを実施した事業主	500万円
短時間正社員コース	短時間正社員制度を導入し、実際に1人以上に適用した事業主	20万円/人
健康管理コース	パートタイム等有期契約労働者に対する健康診断制度(法令上実施義務のあるものを除く)を導入し実際に延べ4人以上に実施した事業主	40万円

< 60 歳以上の高齢者の活用を検討しているとき >

「高年齢者雇用安定助成金」

助成金の種類	概要	最大支給額
定年引上げ	定年引上げ、定年の定めでの廃止、希望者全員を対象にする継続雇用制度を導入する事業主	対象経費の3分の1(上限1000万円)
機械設備導入	60歳以上の高齢者のための作業環境、機械設備、作業方法の導入・改善をする事業主	対象経費の3分の1(上限1000万円)
雇用管理制度	60歳以上の高齢者のための賃金・人事制度や労働時間制度の導入・改善をする事業主	対象経費の3分の1(上限1000万円)

< 女性が働きやすい職場環境を検討しているとき >

「中小企業料率支援助成金」

助成金の種類	概要	最大支給額
継続就業支援コース	育児休業取得者を原職等に復帰させ、職業生活と家庭生活との両立支援の研修等を行い、復帰後1年以上継続雇用した事業主	40万円 (2人目以降15万円)
代替要員確保コース	育児休業取得者の代替要員を確保し、育児休業取得者を原職等に復帰させた事業主	15万円 / 人
休業中能力アップコース	育児休業者又は介護休業者がスムーズに職場復帰できるよう、職場復帰プログラムを実施した事業主	21万円 / 人
継続就業支援コース	育児休業者を職場復帰させ、職場生活と家庭生活の両立のための研修等を実施した事業主	40万円 (2人目以降15万円)
子育て期短時間勤務支援助成金	小学生就学前までの子がいる従業員が利用できる短時間勤務制度を就業規則などに規定し、制度を6ヶ月以上利用させた事業主	40万円 (2人目以降15万円)

< 従業員の雇用の維持を図りたいとき >

助成金の種類	概要	最大支給額
雇用調整助成金	休業や教育訓練、出向を通じて社員の雇用を確保する事業主	休業手当相当額

参考 「厚生労働省 事業主の方のための雇用関係助成金」サイト

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/kyufukin/

< その他 助成金ではないが介護事業所が活用できる制度 >

支援の種類	概要	支援内容
雇用促進税制	企業が事業年度内に5人以上(中小企業は2人以上)かつ、従業員の10%以上採用人数を増やした場合 1人当たり20万円の法人税を減税する制度	1. 税額控除額 = 雇用保険一般被保険者の純増人数 × 20万円 2. 税額控除限度額 = 法人税額の10%(中小企業者等は20%)

http://www.mhlw.go.jp/stf/seisakunitsuite/bunya/koyou_roudou/koyou/roudoseisaku/koyousokushinzei.html

支援の種類	概要	支援内容
処遇改善加算	介護職員の処遇改善に取り組む事業者に対して、介護報酬に上乘せされる制度。	介護報酬総単位数にサービス別加算率及びキャリアパス要件等の適合状況ごとに定める率を乗じて得た額

<http://www.pref.fukui.jp/doc/kourei/downloadindex.html>

支援の種類	概要	支援内容
地域活性化・雇用促進資金	雇用の拡大や賃金の引き上げにより給与支給額を増額させ、今後も増加見込みの中小企業に対する融資支援制度	運転資金の低利融資

https://www.jfc.go.jp/n/finance/search/17_tiikikigyou_m.html

支援の種類	概要	支援内容
中小企業新戦力発掘プロジェクト	再就職を希望する主婦等を対象としたインターンシップを実施する中小企業	日額 7,000 円

http://shinsenryoku.jp/about_project_company

需給の申請等にあたっては実施機関へ問い合わせのこと。

おわりに

本調査研究事業を通じて、これからの介護ビジネスのあり方や、介護ビジネス経営に対する中小企業診断士としてのスタンスについて考察してきた。当然、筆者各々においても、何年か先には介護ビジネスのお世話になることがあり得る。介護ビジネスの未来には、自身の老後の生活にも大きく影響することをあわせて実感した。

だからこそ、介護ビジネスの経営に対して中小企業診断士のアドバイスや積極的な関与が今以上に高まってくることは再三にわたって述べてきたことである。また、介護ビジネスといえども、一つの施設で顧客である利用者を完全にケアできるわけでない。国の法整備や行政とのつながりはもちろんのこと、同業者（異質サービスを含む）や出入り業者、医療機関、そこで働く職員や専門員など、様々な利害関係者と関わっていることを意識しなくてはならない。

中小企業診断士として、介護ビジネス経営の支援をすることは、社会的な意義が大きいといえる。健全な介護ビジネス経営がなければ、日本国民の老後の幸福感も薄いものになってしまうだろう。健全な介護ビジネス経営は、社会からの大いなるニーズであり、使命でもある。そうした意識を、私達中小企業診断士はしっかりと持つ必要があると考える。

本調査研究報告が、今後介護ビジネス経営に関わる中小企業診断士の皆様だけでなく、その先に顧客としてある数々の介護サービス提供者、介護ビジネス経営者、さらにはそこで介護サービスを受けている要介護者の方々のお役にたてることを期待するとともに、介護ビジネスに関わる全ての方々のご健勝を祈念したい。

最後に、本調査研究報告に協力いただいた多くの方々に対して、執筆者を代表し心からのお礼を述べて本報告を締めくくりたい。

< 参考資料 >

1. 予備診断調査票

1 診断先概要

(年 月現在)

診断希望事項の要点											
	診断年月日 (年 月 日より 年 月 日)										
企業概要	企業名									施設数	
	資本金 (元入金)	千円		最近の増資		年		月			
	所在地	〒									
		TEL									
		FAX									
	代表者名									年齢	歳
	創業年月	明・大 年		月		法人化		年			
		昭・平				業種経験年数		年			
	決算日	月		日		(年		回)			
	業種										
	業態	地域	%	予防	%	施設	%	居宅	%		
	企業形態	個人・株式・有限・社会福祉・その他									
	施設面積	介護	m ² (坪)		事務所	m ² (坪)		その他	m ² (坪)		
	土地	土地		自地・借地・店主借							
建物	建物		自家・借家・店主借								
従業者	専従役員 (個人は家族含む)	男	人		女	人					
	専門職員	男	人		女	人					
	介護職員	男	人		女	人					
	事務職員	男	人		女	人					
	パート (時間換算)	男	人		女	人					
	計	男	0 人		女	0 人					
後継者	有 ・ 無										
営業時間	1日当たり平均 時間 部制										
定休日	月間 回 (曜日または 日)										
収益の傾向	上昇・普通・停滞・下降										
青色申告	有 ・ 無										
受診回数	今回初めて ・ 今回は 回目										
経営者の部外講習会出席	年間	回		経営理念基本方針		有 ・ 無					
兼業の有無	有 ・ 無			経営者の部外役職							

(一社)中小企業診断協会 診断報告書様式より抜粋・筆者改訂

2. 介護ビジネス経営診断チェックリストの例

種類	No	項 目	check
経営者	1	介護ビジネスの経験を十分に積み、法律面や諸手続についての知識を備えているか。	
	2	老人介護について社会的使命を自覚し、自身の強みを発揮できているか。	
	3	職員のやる気を引き出すことに留意し満足して働いてもらうことを意識しているか。	
	4	プロセスだけでなく成果を重視し安定した財務基盤を築くための努力を怠らないか。	
	5	社会や経済の動きを的確に捉え、変化を起こすことに積極的に取り組んでいるか。	
経営組織	1	組織形態と企業理念は一致しているか。	
	2	職務の権限と責任を明確に規定しており、組織全体に行きわたっているか。	
	3	組織内の情報伝達、意思疎通が円滑に行えるような仕組みができているか。	
経営計画	1	事業計画、経営計画が策定され、職員に対して公表しているか。	
	2	計画はバランスよく策定され、K G I・K P I が設定されているか。	
	3	計画が形式ではなく、コミットメントされたものとなっているか。	
	4	計画と実績の差異が分かるようなモニタリングの方法を決めているか。	
会計・財務	1	会計制度は組織の形態により適法に設計されているか。	
	2	会計情報が組織内で共有され、今後の方針に結び付いているか。	
	3	内部牽制制度が確立しているか。	
	4	資金繰りの計画が半年から1年後まで見通されているか。	
人事・雇用	1	人事、採用等が経営計画等に準拠して計画されているか。	
	2	採用に関するルールが出来ているか。男女雇用機会均等法が遵守されているか。	
	3	就業規則等の労働関係規則が整備されているか。労使の協定が締結されているか。	
	4	時間外勤務に関する協定が締結されているか。サービス残業などになっていないか。	
	5	介護に関する職務のスキルアップを行うために社内制度が作成されているか。	
	6	昇進、昇給等の区分が明確になっているか。人事考課が適切になされているか。	
オペレーション	1	介護のオペレーションに関するマニュアルが整備されているか。	
	2	災害時の避難マニュアルが整備され、定期的に防災訓練を実施しているか。	
	3	利用者の個人情報保護に関する規定が作成されているか。	
	4	利用者や家族との良好なコミュニケーションが確立されているか。	
	5	クレームの情報は共有化され、再発防止策がとられているか。	
	6	施設の強みが何であるかを理解し、他の施設とは差別化されているか。	

以上はあくまでも一例であり、追加項目が設定されることが望ましい。

< 参考資料・文献一覧 >

平成 25 年版 介護白書 (T A C 出版)
最新介護保険の基本と仕組みがよ～くわかる本 (秀和システム)
介護ビジネスの動向とカラクリがよ～くわかる本 (秀和システム)
総務省統計局資料
公正取引委員会競争政策研究センター B B L 報告
厚生労働省老健局資料
平成 27 年 1 月 16 日付朝刊各紙
(公財) 介護労働安定センター H26.8.11 発表資料
平成 25 年度 介護労働実態調査結果
日本医療企画 介護経営白書 2011 年版
公益財団法人介護労働安定センター「介護事業所の採用・定着に向けたポイント」
公益財団法人介護労働安定センター「介護事業者のための雇用管理改善ハンドブック」
厚生労働省第 1 0 7 回社会保障審議会介護給付費分科会資料 1 「介護人材確保対策について」
一般社団法人日本介護支援専門員協会「利用者が自分らしく豊かに生活するためのケアマネジメント」
東京都国民健康保険団体連合会「介護サービス向上のために～苦情対応から学ぶ～」
誠文堂新光社「実践 介護ビジネスがよくわかる本」(中原登世子著)
経営コンサルティング第 4 版 I L O / ミラン・クーバー編著 生産性出版
中小企業経営診断の実務 安田弘・大坂吉文・志賀公治著 T A C 出版
介護事業経営 コンサルティング・マニュアル 嶋田利広・すずき佳久著 マネジメント社
ビジネスモデル・ジェネレーション アレックス・オスターワルダール&イヴ・ピニユール著翔泳社
ビジョナリー・カンパニー ジェームズ・C・コリンズ/ジェリー・I・ポラス著 日経 B P
戦略的マーケティング 竹永亮著 山口正浩編著 同文館出版

< 執筆者 >

竹川 充	M I T コンサルティング(株)代表取締役 中小企業診断士	第 4 章
出倉 裕	出倉経営人事コンサルティング事務所 中小企業診断士	第 5 章
藤野 恵子	オフィス スプリング A 中小企業診断士	第 1 章
土肥 勝	中小企業診断士	第 3 章
渡辺 正彦	中小企業診断士	第 2 章
富田 博之	中小企業診断士	第 3 章